



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

TYYPIN 2 DIABETESTA SAIRASTAVIEN PERUSTERVEYDENHUOLLON ASIAKKAIDEN VOIMAVAROJA VÄHENTÄVÄT TUNTEET JA KOKEMUKSET HEITÄ HOITAVIEN SAIRAANHOITAJIEN KUVAAMINA

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystieteiden
Opinnäytetyö
Anna Pyykkönen
Lahden ammattikorkeakoulu

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

PYYKKÖNEN, ANNA:

Tyypin 2 diabetesta sairastavien perusterveydenhuollon asiakkaiden voimavaroja vähentävät tunteet ja kokemukset heitä hoitavien sairaanhoitajien kuvaamina

Terveystenhoitajan opinnäytetyö, 60 sivua, 7 liitesivua

Syksy 2014

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa ja kuvailla erilaisia tyypin 2 diabetesta sairastavien asiakkaiden sairauden aiheuttamia, heidän voimavarojaan vähentäviä tunteita ja kokemuksia sekä keinoja joilla heidän omahoitoon käytettävissä olevia voimavarojaan voidaan lisätä. Opinnäytetyön tarkoituksena on myös selvittää, ovatko heitä hoitavat sairaanhoitajat havainneet näillä asiakkailla häpeää tai syyllisyyttä sairastumisestaan tai sairaudestaan. Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda näitä voimavaroja vähentäviä tunteita ja kokemuksia sekä myös voimavaroja lisääviä keinoja yleisellä tasolla terveydenhoitohenkilökunnan tietoisuuteen ja kehittää asiakkaiden hoitoa entistäkin kokonaisvaltaisemmaksi perusterveydenhuollossa huomioimalla sairauden aiheuttamat tunteet hoitotyön suunnittelussa.

Opinnäytetyössä käytin laadullista tutkimusmenetelmää. Haastattelin seitsemää tyypin 2 diabetesasiakkaita hoitavaa sairaanhoitajaa yksitellen, teemahaastatteluin. Vastaukset analysoin käyttäen sisällönanalyysia. Haastatteluin saamani aineisto oli rikas, ja tutkimuksen tulokset antavat vastauksia tutkimustehtäviin.

Opinnäytetyön tutkimuksen tuloksena syntyi kuvaus asiakkaiden tunteista, joita ei voida sivuuttaa tyypin 2 diabetesasiakkaiden ohjauksessa perusterveydenhuollossa. Tätä tietoa voidaan hyödyntää tyypin 2 diabetesasiakkaiden hoidon suunnittelussa tai sen arvioinnissa, kun pohditaan hoitotyötä asiakkaan henkisen jaksamisen kannalta. Tunteet ovat ainakin osittain havaittavissa asiakkaan ensikäynnillä sairaanhoitajan luona sekä myöhemmin ohjauksikäynneillä. Asiakas voi kokea mm. suurta hämmennystä, järkytystä, pelkoa, syyllisyyttä, häpeää, vihaa, katkeruutta mutta myös helpotusta tai tunnetta uudesta alusta ja mahdollisuudesta. Tyypin 2 diabetesta sairastavia asiakkaita hoitavilla sairaanhoitajilla on tärkeää kokemuseräistä tietoa ja taitoa kohdatessaan omia asiakkaitaan. Hoito on laadukkaimmillaan silloin, kun ohjaava sairaanhoitaja pysyy asiakkaalle samana. Toisaalta hoito ei voi olla rutiininomaista asiakkaiden moninaisten ongelmien ja vahvasti heidän koko elämäänsä vaikuttavan sairauden hoidon vuoksi.

Asiasanat: aikuistyyppin diabetes, elämänlaatu, empowerment, häpeä, jaksaminen, kokemukset, krooniset taudit, syyllisyys, tunteet, vuorovaikutus

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

PYYKKÖNEN, ANNA:

Diabetes mellitus type 2 patients' feelings and experiences that lower their endurance and abilities noticed by nurses who treat them

Bachelor's Thesis in Public health nursing, 60 pages, 7 pages of appendices

Autumn 2014

ABSTRACT

The objective of the bachelor's thesis is to examine and describe different kinds of emotions and perceived experiences that patients with the diabetes mellitus type 2 have and to find means that increase the ability of the patients, helping them getting along with the disease at home. The aim is also to find out if nurses who treat these patients have noticed patients having feelings of shame or guilt because of getting the disease or having it. The purpose of the bachelor's thesis is to make the health care personnel aware of these things generally and with this to make the treatment of the patients with diabetes mellitus type 2 more comprehensive taking into account these feelings.

In this research I used qualitative methods by interviewing seven nurses that treat patients with diabetes mellitus type 2, one at a time in different themes. The answers of the nurses were analyzed with a content analysis. The material that I collected was rich and the research questions were answered in the results' section of the thesis.

The result of the research is a description of the emotions that patients have and which cannot be ignored when guiding them. This information can help to plan or estimate the care process from the point of view of patient's psychological endurance. The emotions come up during the first meeting with a nurse or later in the guiding process. The diabetic patients can feel confusion, shock, fear, guilt, shame, anger and bitterness but also relief or a feeling of a new beginning or possibility. The nurses treating patients with diabetes mellitus type 2 have a very high competence in treating their own patients. The care is of higher quality if the patient's nurse remains the same. On the other hand, the care cannot be routinized because the patients have multiple problems and the care affects strongly their whole life.

Key words: chronic disease, diabetes mellitus type 2, ability, endurance, experiences, guilt, feelings, interaction, quality of life, shame

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	TYYPIN 2 DIABETES	3
2.1	Diabetestyytit	3
2.2	Diabetekseen liittyvät aineenvaihdunnan häiriöt	4
2.3	Tyypin 2 diabeteksen lääkkeetön ja lääkkeellinen hoito	5
2.4	Diabeteksen hoitoon liittyvä plasman glukoosipitoisuuden seuranta	5
2.5	Diabeteksen aiheuttama henkinen kuormitus	6
2.6	Diabeetikon elämänlaatu	7
2.7	Diabetes ja uni	10
2.8	Diabeteshoitajan toimenkuva	12
3	ASIAKKAAN VOIMAVARAT	14
3.1	Ihmisen henkiset voimavarat	14
3.2	Voimattomuus ja elämän kaoottisuus suhteessa voimaantumiseen	15
3.3	Voimavaroja vähentävät häpeä ja syyllisyys	16
3.4	Asiakkaan häpeän ja syyllisyyden tunnistaminen terveydenhuollossa	18
4	VUOROVAIKUTUS HOITOTYÖSSÄ	19
4.1	Vuorovaikutustaidot	19
4.2	Asiakkaiden käyttämien sanojen kuuntelu osana asiakkaan kuuntelua	19
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	21
6	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ	22
6.1	Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä	22
6.2	Sisällönanalyysi menetelmänä	23
7	OPINNÄYTETYÖPROSESSI	24
7.1	Tiedonhaku opinnäytetyön tutkimuksen tietoperustaa varten	24
7.2	Opinnäytetyön toimeksiantosopimus, tutkimuslupien hakeminen ja haastateltavien etsiminen	24
7.3	Haastattelujen teemojen operationaalistaminen	25
7.4	Haastattelujen toteutus	26
7.5	Haastattelujen avulla saadun aineiston sisällönanalyysi	27

8	TULOKSET	28
8.1	Ensitieto sairaudesta ja sen aiheuttamat tunteet	28
8.2	Voimavaroja vähentävät häpeä ja syyllisyys	29
8.3	Asiakkaiden voimavaroja vähentävät muut asiat	30
8.4	Hoidon tavoitteet ja yhteinen käsitys hoitotasapainosta	31
8.5	Asiakkaiden suhtautuminen lääkitykseen	32
8.6	Asiakkaiden ajatukset tulevaisuudesta	33
8.7	Vuorovaikutus vastaanotolla	34
8.8	Asiakkaiden voimavarat ja niiden lisääminen	34
9	OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	38
9.1	Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arviointi	38
9.2	Opinnäytetyön tutkimuksen luotettavuus	39
9.3	Opinnäytetyön tutkimuksen eettisyys	40
10	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	42
10.1	Tyypin 2 diabetesta sairastavien voimavaroja vähentävät tunteet ja kokemukset	42
10.2	Tyypin 2 diabetesta sairastavien häpeä ja syyllisyys	43
10.3	Masennus tyypin 2 diabetesasiakkailla	45
10.4	Asiakkaiden voimavarat ja niiden lisääminen	46
10.5	Vuorovaikutus vastaanotolla	50
10.6	Johtopäätökset	51
10.7	Opinnäytetyön hyödynnettävyys terveydenhuollossa ja jatkotutkimusehdotukset	52
	LÄHTEET	54
	LIITTEET	61

1 JOHDANTO

Tyypin 2 diabetesta sairastavia suomalaisia on noin 250 000. Sairastavien kokonaismäärän arvioidaan olevan noin 450 000, jos mukaan lasketaan ne, joiden sairaus ei ole diagnosoitu. Vuosina 1997 - 2007 diagnosoitua tyypin 2 diabetesta sairastavien kokonaismäärä kasvoi 77 prosenttia, ja määrä lisääntyy koko ajan. Kasvuun vaikuttaa osittain myös se, että sairauteen kiinnitetään aikaisempaa enemmän huomiota. (Koski 2010, 7 - 8.) Perusterveydenhuollossa kiinnitetään huomio aina tyypin 2 diabeteksen liitännäissairauksiin. Sairauden diagnosoinnin ja omahoidon vaativuuden aiheuttama henkinen paine asiakkaalla on myös tärkeä huomioida. Ihminen toivoo saavansa olla terve, ja sairastuminen seisahduttaa normaalin elämän muuttaen myös ajatuksia tulevasta (Pesonen 2011, 1829). Joskus mainitaan tyypin 2 diabeteksen aiheuttama häpeä tai syyllisyyden tunne, jota sairastunut kokee (Vehmanen 2008). Pidän tarpeellisena, että asiakkaan mahdollisista sairauden aiheuttamista tunteista ja kokemuksista tiedetään ja ne tiedostetaan hoitotyötä suunniteltaessa. Tyypin 2 diabeteksen omahoito vaatii asiakkaalta hyvin paljon voimavaroja sekä sairauden käytännön hoitamisessa, että omien tunteiden käsittelyssä, joita sairaus herättää. Lisäksi mahdollisesti väärin tai huolimattomasti toteutettu omahoito vie asiakkaan voimavaroja turhaan.

Ulkomaisia tutkimuksia tyypin 2 diabetesta sairastavien elämänlaadusta, sairauden aiheuttamista tunteista ja sairastuneiden uskomuksista omasta sairaudestaan löysin suhteellisen paljon. Joitakin näistä tutkimuksista olen valinnut opinnäytetyön tietoperustaan. Tietoperustaa rakentaessani perehdyin tyypin 2 diabeteksen aiheuttaman henkisen kuormituksen lisäksi ihmisen voimaantumiseen, unen vaikutukseen tyypin 2 diabeteksen hoitotasapainossa sekä vuorovaikutukseen terveydenhuollon asiakastyössä.

Laadullisen tutkimuksen aineistoa varten haastattelin yhteensä seitsemää tyypin 2 diabetesasiakkaita hoitavaa sairaanhoitajaa Peruspalvelukeskus Aavasta ja Peruspalvelukeskus Oivasta. Aava toimii Hartolassa, Iitissä, Myrskylässä, Nastolassa, Orimattilassa, Pukkilassa ja Sysmässä (Peruspalvelukeskus Aava 2014) ja Oivan toiminta-alueeseen kuuluvat Asikkala, Hollola, Hämeenkoski, Kärkölä ja Padasjoki (Oivallista palvelua 2014). Aiemmissa työharjoittelupaikoissani olen huomannut, että jokaisella sairaanhoitajalla on sellaista tietoa, taitoa ja kokemusta,

joka ilmenee erityisesti hänen kohdatessaan asiakkaitaan ja tehdessään omaa työtään. Tämä ammattitaito ja osaaminen eivät välttämättä välity muille, koska vastaanotto ja ohjaustilanteet ovat yleensä asiakkaan kanssa kahdenkeskisiä. Toivon, että tämän opinnäytetyön myötä tyypin 2 diabetesasiakkaita hoitavat sairaanhoitajat pystyisivät jonkin verran jakamaan ammattitaitoaan keskenään ja saisivat vinkkejä työhönsä muilta samaa työtä tekeviltä sairaanhoitajilta.

Tämä opinnäytetyön raportti kertoo vain tyypin 2 diabetesta sairastavista asiakkaista ja heidän hoidon ohjauksestaan. Opinnäytetyön tutkimuksessa ei tutkittu tyypin 1 diabetesasiakkaita. ”Tyypin 2 diabetesta sairastavilla”, ”tyypin 2 diabetesasiakkaille” ja ”asiakkaille” tarkoitetaan tässä raportissa tyypin 2 diabetesta sairastavia perusterveydenhuollon asiakkaita.

2 TYYPIN 2 DIABETES

2.1 Diabetestyyppit

Tyypin 2 diabetes alkaa yleensä aikuisena. Sairastuneilla on usein ylipainoa, verenpaine koholla tai lipidiaineenvaihdunnan häiriö; mahdollisesti nämä kaikki. Lipidiaineenvaihdunnan häiriöön kuuluvat vähäinen veren HDL-kolesterolipitoisuus ja koholla oleva triglyseridi-pitoisuus. Tyypin 2 diabetes on kehitysvaiheessaan oireeton. Diabetes voi olla myös tyyppiä 1, joka alkaa yleisimmin nuorena ja jossa haiman insuliinia tuottavat solut tuhoutuvat ja insuliinia ei lopulta erity ollenkaan. Tyypin 2 diabeteksen ilmenemismuotoja on muitakin tavallisimman aikuisiässä alkavan tautimuodon lisäksi. Näitä ovat esimerkiksi MODY (Maturity Onset Diabetes in the Young), joka alkaa nuorilla alle kaksikymmentävuotiailla ja LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults), joka on aikuisilla alkava tyypin 1 diabetes. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja, 2010, 536 - 537, 544.)

Diabetes ei aina ole selkeästi ykkös- tai kakkostyyppiä, vaan usein niiden välimuotoa. Diabetes voi olla myös sekundaarinen, eli seuraus elimistön jostain muusta sairaudesta, joka vähentää insuliinituotantoa tai -herkkyyttä; sellaisia ovat esimerkiksi haiman muut sairaudet. Noin kolme neljäsosaa Suomessa diagnosoituista diabeetikoista luokitellaan tyypin 2 diabeetikoiksi ja sairauden diagnosoitu tyyppi voikin leimata ihmistä pitkäksi ajaksi. Tyypin 2 diabetes ei ole selvä tautityyppi, vaan hyvin monimuotoinen ja erilainen eri henkilöillä. Sen puhkeamiseen liittyvät usein yksilön perimä ja ympäristön vaikutus. (Diabetes 2013, 2 - 4.)

Myös Iivanaisen ym. (2010, 536 - 537) mukaan perimän ja ympäristön vaikutus taudin syntyyn on selvä: Kahden tyypin 2 diabetesta sairastavan henkilön lapsella on 70 prosentin riski saada itse sama sairaus, mikäli ympäristössä on altistavia vaikutuksia. Jos ihminen on perinyt alttiuden sairastua, liikkumattomuus ja lihavuus lisäävät sairastumisen mahdollisuutta myöhemmin elämässä. Muita altistavia tekijöitä ovat aiemmin sairastettu raskausajan diabetes, koholla oleva verenpaine, jokin muu valtimosairaus, pidempään jatkunut heikentynyt sokerinsieto, koholla oleva plasman glukoosipitoisuus ja ikä.

2.2 Diabetekseen liittyvät aineenvaihdunnan häiriöt

Diabeteksen oireisiin kuuluvat sekä insuliinin puutteellinen erittyminen haimasta että insuliinin vaikutuksen heikentyminen kudoksissa eli insuliiniresistenssi. Tyypin 2 diabeteksessa insuliiniresistenssi kehittyy ensimmäisenä, lisäten silloin hetkellisesti haiman insuliinin eritystä. Tästä seuraa pikku hiljaa elimistön sokerinsietokyvyn heikkeneminen, joka ilmenee syömisen jälkeen korkealla pysyvänä verensokeriarvona. Aluksi elimistö yrittää korjata häiriintynyttä sokeritasapainoa. Insuliinintuotanto haimassa vähenee kuitenkin riittämättömäksi suhteessa maksan liian suureen glukoosintuottoon. Tämä verensokeriaineenvaihdunnan häiriö on usein ollut jo kymmenenkin vuotta ennen taudin huomaamista. Tyypin 2 diabetes vaikeuttaa lihasten energiansaantia ja sitä kautta koko elimistön aineenvaihduntaa. (Iivanainen ym. 2010, 537 - 538.)

Maksassa, lihaksissa ja rasvakudoksessa vaikuttava insuliiniresistenssi sotkee elimistön aineenvaihduntaa. Insuliiniresistenssin vuoksi maksa tuottaa liikaa sokeria, jota lihakset eivät pysty hyödyntämään, eikä elimistö pysty varastoimaan liikaa tuotettua sokeria. Samaan aikaan korkeana pysyvän verensokeripitoisuuden seurauksena rasvakudoksesta vapautuu elimistön tarpeeseen nähden liikaa rasvahappoja, jotka maksaan kulkeutuessaan taas lisäävät maksan sokerintuotantoa. Näiden seurauksena insuliiniresistenssi rasvoittaa sisäelimiä, mikä näkyy keskivartalolihavuutena. Lisäksi veri hyytyy herkemmin ja virtsahapot kertyvät vereen. Aineenvaihdunnan häiriötila aikaansaa metabolisen oireyhtymän. Metabolisen oireyhtymän oireisiin kuuluvat keskivartalolihavuuden lisäksi matala veren HDL- pitoisuus, korkea veren triglyseridipitoisuus, korkealla oleva veren paastosokeriarvo ja kohonnut verenpaine. Kun ihmisellä on metabolinen oireyhtymä, eli vyötärölihavuus ja kaksi muuta em. oiretta, on hänellä suurentunut vaara sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. (Virkamäki 2011, 34 - 36.) Kun tyypin 2 diabetes lopulta todetaan, sairastuneella on jo mahdollisesti useita oireita. Selittämätön väsymys, huono kunto, janon tunne, suun kuivuus, lisääntynyt virtsaamistarve ja painonlasku saattavat johtua pitkään koholla olleesta verensokeriarvosta. (Iivanainen ym. 2010, 538.)

2.3 Tyypin 2 diabeteksen lääkkeetön ja lääkkeellinen hoito

Tyypin 2 diabetesta hoidetaan ensin lääkkeettömästi. Lääkkeettömään hoitoon kuuluu olennaisesti elintapojen muuttaminen, johon sairaanhoitaja ohjaa asiakasta yksilö- tai ryhmäohjauksessa. Tieto ja ymmärrys omasta sairaudesta ovat diabetesasiakkaalle tärkeitä. Taidot omahoitoon ja -seurantaan pyritään oppimaan ja ylläpitämään hoitomotivaation kanssa. Diabetesta sairastavan on osattava mm. arvioida oikea ruokailuaika, ruoan sopiva määrä, laatu ja energiapitoisuus sekä osattava ja muistettava mitata verensokeriarvot oikeisiin aikoihin. (Iivanainen ym. 2010, 539 - 540.)

Tupakoivan diabetesasiakkaan hoitoon kuuluu ohjaus tupakoinnin lopettamisessa (Diabetes 2013, 10). Tupakointi on erityisen vaarallista, koska se lisää asiakkaan muutenkin suurentunutta riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. Ääreisverenkierron huonontuminen tupakoinnin myötä voi edistää myös munuais-, silmänpohja- ja hermovaurioiden syntymistä. (Ilanne-Parikka 2011, 211.)

Jos elämäntapamuutokset eivät tuota toivottua tulosta noin puolen vuoden jälkeen, tyypin 2 diabeteksen hoidossa aloitetaan lääkkeellinen hoito. Lääkehoito aloitetaan tablettihoidolla, jonka yksilöllistä annostusta arvioidaan muutaman viikon välein tapahtuvien kontrolleihin kunnes verensokeriarvo saadaan korjatuksi. Insuliinipistoshoito aloitetaan, jos elämäntapamuutokset ja tablettihoito eivät korjaa verensokeriarvoa. Jos on käytössä suun kautta otettavien lääkkeiden lisäksi tai sijasta insuliinipistoshoito, ymmärrys verensokeriarvojen päivänäkaisista muutoksista on hyvin tärkeää. (Iivanainen ym. 2010, 540 - 541, 551 - 555.)

2.4 Diabeteksen hoitoon liittyvä plasman glukoosipitoisuuden seuranta

Se, kuinka usein tyypin 2 diabetesta sairastavan tulee mitata plasman glukoosipitoisuutta eli ns. verensokeriarvoaan, on hyvin yksilöllistä ja vaihtelee taudin vaikeusasteen ja asiakkaan yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaan. Mittaustarpeeseen vaikuttavat myös käytettävä lääkemuoto, kyky omahoitoon ja -seurantaan sekä totuttu päivärytmi. Tarve voi olla aamun paastoarvon sekä aterian yhteydessä ja nukkumaan mennessä otettujen arvojen mittaamiseen. Joissain tapauksissa säännöllisten laboratoriotestien lisäksi verensokeriarvojen omaseuranta ei tar-

vita ollenkaan. (Diabetes 2013, 12.) Verensokeriarvojen kotimittaus on työväline jolla helpotetaan omahoitoa ja tavoitteisiin pääsemistä. Mittaustiheydestä sovitaan vastaanottokäyntien yhteydessä. Verensokeriseurantaa tulee harjoitella ja asiakas saa siihen ohjausta sairaanhoitajan vastaanottokäynneillä. Tärkeitä asioita ovat veriarvojen mittaamisen lisäksi oman olon kuuntelu ja siinä tapahtuvien muutosten huomaaminen, fyysisen rasituksen vaikutuksen arviointi sekä johtopäätösten tekeminen näistä. (Leppiniemi & Rönnemaa 2011, 61 - 62.)

Normaali verensokeriarvo on ennen ateriaa 4 - 6mmol/l ja pysyy aterian jälkeen alle 10 mmol/l. (Iivanainen ym. 2010, 538, 553.) Tavoitteena on, että verensokeriarvo ennen ateriaa olisi alle 7mmol/l ja kaksi tuntia aterian jälkeen 8 - 10mmol/l. Pitkäaikainen verensokeritaso eli veren punasolujen prosentuaalinen sokeripitoisuus (HbA1C) on terveellä ihmisellä tai diabetesta sairastavalla, jolla on sairaus hyvässä tasapainossa, alle 7,0 %, eli alle 53mmol/l. (Diabetes 2013, 9; Iivanainen ym. 2010, 540, 547, 553.)

2.5 Diabeteksen aiheuttama henkinen kuormitus

Diabetesta sairastavalla voi olla omaan sairauteen liittyviä pelkoja ja ennakkoluuloja, jotka saattavat johtua väärästä tai puutteellisesta tiedosta. Oikean tiedon antaminen sairastuneelle ja hänen läheisilleen auttaa. Kaikki pelko ei välttämättä ole kuitenkaan turhaa, sillä diabetekseen liittyy riskejä kuten hypoglykemian eli erittäin alhaisen verensokeriarvon (alle 4mmol/l) mahdollisuus, liitännäissairaudet ja elinvauriot. Nämä uhkat pysyvät kuitenkin yleensä hallinnassa, kun asiakas jaksaa toteuttaa yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa suunniteltua omahoitoa. Omahoito tarkoittaa diabetesasiakkaalle parhaimpia ja kätevimpiä hoitomalleja, jotka mahdollisesti muuttuvat elämäntilanteen mukaan. Omahoito ei ole yksin selviytymistä, vaan yhteistyötä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Omien ennakkoluulojensa lisäksi diabetesta sairastava saattaa kohdata tietynlaisia ennakoasenteita muiden ihmisten taholta. Nämä voivat olla tietämättömyydestä johtuvaa taudin vähättelyä tai suurenneltuja kauhukuvia elinvaurioista. Omasta sairaudesta kannattaa kuitenkin olla avoin mm. työpaikalla, jotta turhilta peloilta ja väärinkäsityksiltä välttyttäisiin. Kun on itse järkevällä tavalla avoin sairaudestaan, omahoito työpaikalla on helpompaa, eikä sitä tarvitse peitellä ja selitellä. Työnantajan ja

lähimpien kollegojen on oleellista tietää sairaudesta myös sen vuoksi, että jos lääkityksenä on insuliinihoito, diabetesta sairastavan työtoverin hypoglykemia on mahdollinen. Asian ilmoittamisen lisäksi on hyvä kertoa, kuinka diabetes mahdollisesti vaikuttaa ja mitä mahdollisessa hypoglykemia-tilanteessa tulee tehdä. Omahoidon epäonnistuminen, joka näkyy huonona hoitotasapainona saa ihmisen joskus syyttämään asiasta itseään, lääkäreitä tai hoitajia. Kaikilla voi olla kehitettävää omassa toiminnassaan, mutta toisaalta tilanteet eivät ole aina ennakoitavissa taudin luonteesta johtuen. Sairauden omahoito aiheuttaa joskus väsymystä ja turhautumista, ja syyllistäminen on joillekin ihmisille helppo tapa selittää vaikealta tuntuvat asiat. (Marttila 2011, 47 - 49.)

Oma aktiivisuus, aloitteellisuus ja kiinnostus omaa sairautta kohtaan ovat tärkeitä omahoidon onnistumiseen vaikuttavia diabetesasiakkaan ominaisuuksia. Nämä ilmenevät mm. haluna olla mukana suunnittelemassa omaa hoitoaan, kyselymisenä vastaanotolla mieltä askarruttavista asioista ja kertomisena, miten arki sairauden kanssa sujuu. Hoidon tavoitteet asetetaan asiakkaan kanssa aina yhdessä, ja kaikkien hoitotiimiläisten täytyy tietää mitä ne ovat. Joskus ajatellaan, että omahoito ei suju, vaikka todellisuudessa tavoitellaan eri asioita. Diabetesta sairastavan omahoitoon kuuluu vastuun ottaminen omalta osaltaan sairauden hoitamisesta. (Himanen 2011, 50 - 51.)

2.6 Diabeetikon elämänlaatu

Rivas Acuña (2006, 63 - 64, 67, 86 - 89) on tutkinut väitöskirjassaan tyypin 2 diabetesta sairastavien henkilöiden tunteita, mielialaa, jaksamista ja sosiaalista pärjäämistä. Tutkimuksessa käytetyissä valmiissa kysymyksissä oli monivalintavastausvaihtoehdot. Väitöskirjan tekijä kysyi tyypin 2 diabetesta sairastavilta mm. malttinsa menettämisestä, piristymisestä huonon hetken jälkeen, keskittymiskyvystä, unien levottomuudesta, puheliaisuudesta, yksinäisyyden tunteesta, itkuisuudesta, elämästä nauttimisesta, aloitekyvyttömyydestä, huolestuneisuudesta, erilaisista peloista sekä ajatuksista omasta itsestä, esimerkiksi itsensä arvostamisesta. Kysymyksiä tutkimuksessa oli myös ihmisten kanssa pärjäämisestä, muiden ihmisten suhtautumisesta diabetesta sairastavaan ja perheen hänelle antamasta tuesta. Kysymyksiä oli yhteensä 116, ja taustatietoja kysyviä kysymyksiä 20. Tut-

kimuksessa saatu näyttö osoittaa, että tyypin 2 diabetes vaikuttaa hyvin kokonaisvaltaisesti ihmisen elämään aiheuttaen mm. itseluottamuksen vähenemistä sekä huolestuneisuutta tulevaisuudesta, esimerkiksi työpaikan pysymisestä. 250 tutkimukseen osallistunutta 30 - 50 vuotiasta tyypin 2 diabetesta sairastavaa henkilöä arvioivat elämänlaatunsa tavanomaista alhaisemmaksi. Huomionarvoista tässä tutkimuksessa oli, että naiset arvioivat elämänlaatunsa miehiä heikommaksi. Tutkija korostaa, että hoitotasapainossa pysyminen verensokerin osalta vaikuttaa oleellisesti tyypin 2 diabetesta sairastavan elämänlaatuun. Koska masennus, levottomuus ja huolestuneisuus näyttävät olevan tyypin 2 diabetesta sairastaville tyypillisiä ongelmia, tutkija kehottaa paneutumaan näihin terveydenhuollossa.

Árcega-Domínguez, Lara-Muñoz, ja Ponce-de-León-Rosales (2005, 676, 679, 681, 683) ovat myös tutkineet tyypin 2 diabetesta sairastavien elämänlaatua ja tulleet siihen tulokseen, että tautiin sairastuminen ei itsessään alenna elämänlaatua. Olennaista on, miten ihminen itse hyväksyy sairautensa ja selviytyy sen kanssa. Tutkijat painottavat että tunne elämänlaadusta on subjektiivinen ja merkitsee ihmisille eri asioita. Merkitystä on tutkimuksen perusteella henkilön luonteella ja henkilökohtaisilla ominaisuuksilla. Tästä syystä he eivät koe 173 tutkittavan joukolla tehtyä tutkimustaan yleistettäväksi. Heidän tutkimuksessaan tultiin kuitenkin siihen tulokseen, että naissukupuoli vaikuttaa diabetesta sairastavan elämänlaatuun vähentävästi ja olemassa oleva elämänkumppani elämänlaatua nostavasti.

Espanjankielisissä maissa on tyypin 2 diabetesta sairastavien elämänlaadun arvioinnissa ja seurannassa käytössä useita mittareita. Näitä ovat mm. espanjankielinen versio mittarista DQOL (Quality of Life for Diabetes) (Robles García, Cortázar, Sánchez-Sosa, Agraz & Sánchez 2002), IMEVID (Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos) (López-Carmona, Ariza-Andraca, Rodríguez-Moctezuma & Munguía-Miranda 2003) ja kyselylomakkeet SF-36 ja EQ-5D (Health Related Quality of Life) (Hervás, Beldarrain, De Miguel, Díez & Zabaleta 2006). Tyypin 2 diabetesta sairastavien elämänlaatua terveyden näkökulmasta ovat tutkineet määrällisillä tutkimusmetodeilla Hervás ym. (2006) sekä Begiristain, Larrañaga, Mar ja Martín (2002). Tutkimuksissa käytettiin osittain samoja kyselylomakkeita. Hervás ym. (2006) tutkivat perusterveyttä, yli 18-vuotiaita tyypin 2 diabetesta sairastavia ihmisiä. Tutkimuksen tarkoitus oli arvioida heidän terveyteen suhteutettua elämänlaatuun. Tutkimuksessa tarkasteltiin tyypin

2 diabetesta sairastavien kokemaa tunne-elämää ja sosiaalista toimintakykyä. Tutkittuja osa-alueita olivat myös fyysinen toimintakyky, yleinen terveydentila ja koettu kipu. Tutkimuksessa saaduissa tuloksissa tyypin 2 diabetesta sairastavat kokivat elämänlaatunsa hieman heikompilaatuiseksi kuin muu väestö. Tunne-elämän ongelmien ja sosiaalisen toimintakyvyn osalta he kokivat elämänlaatunsa samantasoiseksi kuin muun väestönosan yli 65-vuotiaat. Masennusta ja ahdistuneisuutta tyypin 2 diabetesta sairastavat ihmiset kokivat selvästi enemmän kuin muut sekä oman että erään aiemman tutkimuksen mukaan, johon tutkijat viittaavat. Hervás ym. painottavat, että tyypin 2 diabetesta sairastavien psykososiaalisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn selvittäminen on aiheellista paremman omahoidon ja hoidon vaikuttavuuden vuoksi.

Begiristainin ym. (2002) tutkimuksessa on arvioitu mm. tyypin 2 diabetesta sairastavien kokemuksia psyykkisestä terveydentilastaan ja ongelmistaan tunne-elämän alueella. Tutkimuksessa huomioitua osa-alueita olivat yleinen terveydentila, sosiaalinen toimintakyky, tunne-elämä ja mielenterveys. Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että tyypin 2 diabetesta sairastavat kokivat elämänlaatunsa huonommaksi kuin muu väestö. Heillä oli alempi sosioekonominen asema, rajoittuneempi toimintakyky ja huonommaksi koettu sosiaalinen hyvinvointi kuin muilla. Tutkimuksen tulosten perusteella diabetesta sairastavat olivat myös muita harvemmin naimisissa ja ikä, sekä tässäkin tutkimuksessa naissukupuoli alensivat koettua elämänlaatua.

López-Carmonan ym. (2003) ovat testanneet tyypin 2 diabetesta sairastaville suunnatun elämänlaatu-kyselylomakkeen toimivuutta. IMEVID-lomakkeen täyttämiseen menee noin 10 minuuttia ja asiakas voi sen täyttää esimerkiksi odotellessaan pääsyä vastaanotolle. Lomakkeessa on kysymyksiä mm. diabetesta sairastavan tunteista, alkoholin ja tupakan käytöstä, ravinnosta ja fyysisestä aktiivisuudesta. Tutkijat toteavat, että paras mutta mahdoton keino terveydenhoitohenkilöstölle saada selville asiakkaitensa elämänlaatua, olisi päästä seuraamaan heidän arkielämäänsä. Kuitenkin lomakkeen kaltaiset välineet hoitotyössä auttavat hoitohenkilöstöä nimeämään ja asiakkaita hahmottamaan mistä hyvä arki ja siinä jaksaminen koostuvat. Diabetesasiakkaiden elämänlaadun kehittäminen ja siihen puuttuminen kliinisessä hoitotyössä edellyttää tutkijoiden mukaan moniammatillista yhteistyötä.

Robles García ym. (2002) ovat kääntäneet tyypin 2 diabetesasiakkaiden elämälaatumittarin (DQOL) espanjan kielelle ja testanneet sen toimivuutta käytännössä. DQOL- mittarissa on mm. seuraavanlaisia kysymyksiä: Kuinka usein puhutte sairaudestanne muille? Kuinka usein olette harmissanne, että teillä on diabetes? Joututteko ehkä joskus syömään jotain mitä ette haluaisi, jos jätätte kertomatta sairaudestanne? Kuinka usein salaatte muilta, että teillä on diabeteksen aiheuttama verensokerin nousu tai lasku? Oletteko joskus huolissanne siitä, että teidät jätetään kutsumatta jonnekin sairauteenne vuoksi? Kysymyksiin vastataan eri mieltä - samaa mieltä- vastauksin, asteikolla yhdestä viiteen. Tutkimuksessa todetaan elämälaatumittarin toimivan luotettavasti arvioitaessa tyypin 2 diabetesta sairastavien elämänlaatua.

Klinikalla tehdyn lomakehaastattelun avulla ovat laadullista tutkimusta tyypin 2 diabetesta sairastavien tunteista tehneet Péres, Franco ja Santos (2007). He tutkivat kahdeksalla puolistrukturoidulla haastattelulla ja sisällönanalyysillä naisten tunteita tyypin 2 diabeteksen diagnosoinnin jälkeen. Tutkimuksessa saatu näyttö osoittaa, että ensitieto sairaudesta vaikuttaa naisten tunteisiin ja käyttäytymiseen. Tutkitut olivat tunteneet halua sairauden kieltämiseen sekä vihaa ja vastustusta asiaa kohtaan. Lisäksi heillä oli ollut tunne, että he tarvitsisivat erityishuomiota ja hyvitystä läheisiltään siitä, että ovat sairastuneet tyypin 2 diabetekseen. He olivat kokeneet myös masennusta, pelkoa, kauhua, alakuloisuutta ja shokin oireita. Tutkijat kehottavat moniammatilliseen yhteistyöhön tyypin 2 diabetekseen sairastuneiden tunteiden ja käyttäytymisen ymmärtämiseksi.

2.7 Diabetes ja uni

Ihmisen yöunen pituudella on merkitystä. Toistuvasti liian lyhyet (alle 7 tuntia) tai liian pitkät (yli 8 tuntia) ja huonolaatuiset yöunet altistavat ihmisen ongelmille energia-aineenvaihdunnassa, lisäävät näläntunnetta, kerryttävät ylipainoa, vähentävät elimistön glukoosinsietoa sekä lisäävät insuliiniresistenssiä. Kahvikupillinen ei auta korvaamaan huonosti nukuttua yötä. Liian vähäinen uni aiheuttaa hormonaalisia muutoksia ja saa ihmisen sympaattisen hermoston aktivoitumaan liikaa. Vaikutus on myös päinvastainen eli aineenvaihdunnan häiriöt aiheuttavat uniongelmiä. Myös vuorotyö on yksi ihmisen vuorokausirytmää sekoittava ja univajetta

aiheuttava tekijä, ja se aiheuttaa mm. rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä. Väsymys sekä riittämätön yöuni tulisi tunnistaa ja ottaa huomioon terveydenhuollossa. (Kronholm, Ollila & Paunio 2011, 2573 - 2575, 2578.)

Yhteyttä uniapnean ja tyypin 2 diabeteksen välillä on tutkittu suhteellisen vähän, eikä sitä useinkaan tiedosteta. Tyypin 2 diabetesta esiintyy kuitenkin enemmän uniapneapotilailla kuin muilla. (Austin, Reichmuth, Skatrud & Young 2005, 1590, 1593 - 1594.) Uniapneaa sairastavalla on yön aikana merkittäviä katkoksia hengityksessä. Kyseessä on sairaus, joka hoitamattomana vähentää ihmisen elämänlaatua hyvinkin paljon. Ikäviä oireita ovat mm. päivän aikainen väsymys, muistihäiriöt, yön aikainen kuorsaaminen, unettomuus, levottomuus ja lisääntynyt virtsallakäynti, aamupäänsärky sekä mielialan lasku ja muutokset. Elimistö kärsii happivajeesta ja ihmisen sympaattinen hermosto on yliaktivoitunut. (Uniapnea 2010, 3 - 4.) On havaittu, että diabetes ja uniapnea liittyvät läheisesti toisiinsa. (Calverley, Coughlin, Mawdsley, Mugarza & Wilding 2004, 783; The IDF Consensus Statement on sleep apnoea and type 2 diabetes 2008, 9; Austin ym. 2005, 1590; Uniapnea 2010, 3 - 5.) Lisäksi on arvioitu, että noin 40 prosenttia uniapneapotilaista sairastuu jossain vaiheessa tyypin 2 diabetekseen, joskaan uniapnea ei ole sairauden selvä aiheuttaja. Olemassaoleva tyypin 2 diabetes puolestaan lisää uniapnean vakavuutta sairautena. (IDF Consensus on sleep apnoea and type 2 diabetes 2008, 9, 11.) Vaikka uniapnea ei aiheuta sairastumista, se kuitenkin altistaa sen synnylle. Hengityskatkoksista johtuen uni on huonolaatuista aiheuttaen näin univajetta, josta seuraa rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä, verenpaineen nousua ja ylipainoisuutta lisääntyneen ruokahalun myötä. Näistä johtuen ihmisellä on suuri riski saada metabolinen oireyhtymä ja edelleen tyypin 2 diabetes. (Austin ym. 2005, 1590, 1593 - 1594.)

Hoitamaton uniapnea huonontaa diabetesta sairastavan hoitotasapainoa lisääntyneen insuliiniresistenssin kautta (Calverley ym. 2004, 738; IDF Consensus on sleep apnoea and type 2 diabetes 2008, 12) ja toisaalta vähentää kudosten insuliiniherkkyyttä terveilläkin ihmisillä (Uniapnea, minullako? 2014, 19). Diabetesasiakkaan uniapnean hoitaminen on tärkeää, koska se lisää insuliiniherkkyyttä kudoksissa. (Austin ym. 2005, 1590, 1593 - 1594.) Myös Manneri (2011) toteaa, että uniapnean hoitaminen parantaa asiakkaan elämänlaatua ja diabetesta sairastavan hoitotasapainoa.

Hoitona uniapneaan käytetään yleisesti unenaikaista ylipainehengityslaitetta (CPAP, APAP) ja joskus uniapneahammaskisko. Asiakkaalle annetaan elintapaohjausta ja tuetaan häntä painonhallinnassa, koska jo yksin laihdutus voi helpottaa oireita. Hoitomuoto valitaan yksilöllisesti ja siihen vaikuttaa myös potilaan sairauden vaikeusaste. (Uniapnea 2010, 2,18.)

2.8 Diabeteshoitajan toimenkuva

Diabeetikoita hoitaa usein sairaanhoitaja, jolla ei ole diabeteshoitajan erityiskoulutusta. Näin voikin hyvin olla, mutta jotta hoitajaa voisi virallisesti kutsua diabeteshoitajaksi, tulee hänen osaltaan toteutua edellytykset työn sisällössä, työkokemuksessa ja koulutustaustassa. Diabeteshoitaja ei ole suojattu ammattinimike, mutta diabeteshoitajien liitto on laatinut jäsentensä käyttöön nimikkeen edellyttämät vaatimukset. Nimikkeen käyttämiseen edellytetään lisäksi Sairaanhoitajaliiton jäsenyys. Diabeteshoitaja- nimikettä käytetään kuitenkin usein sairaanhoitajasta, jonka työhön kuuluu pääsääntöisesti diabeetikoiden hoitaminen. (Simonen 2012.)

Diabeteshoitajan työhön kuuluu diabetesasiakkaiden hoito, seuranta, hoidon ohjaus, liitännäissairauksien ehkäisy ja asiakkaan ja tämän läheisten sekä sidosryhmien tukeminen ja informointi. Näiden työtehtävien lisäksi diabeteshoitaja kehittää diabeteshoitotyötä, ehkäisee riskiryhmien sairastumista ja toimii yhteistyössä Diabetesliiton ja paikallisyhdistysten kanssa. Diabeteshoitaja kouluttaa, opettaa ja ohjaa muita sairaanhoitajia ja hoitotyön opiskelijoita toimimaan diabetesta sairastavien hoitotyössä. Näistä työn sisällöllisistä tehtävistä tulee toteutua ainakin viisi, jotta diabeteshoitaja voi kutsua itseään virallisesti diabeteshoitajaksi. Lisäksi edellytetään 1 - 3 vuoden työkokemus; diabeteshoitotyötä vähintään 11,5 tuntia viikossa. Edellytettävien työkokemusvuosien määrä riippuu diabeteshoitotyön prosentuaalisesta osuudesta sairaanhoitajan kokonaistyömäärästä. Koulutuksen osalta edellytetään joko sairaanhoitajan, terveydenhoitajan tai kättilön peruskoulutusta ja tämän lisäksi diabeteshoitotyön jatko-opinnot 10 - 30 opintopistettä. Diabeteshoitajan edellytetään kouluttautuvan jatkuvasti, mikä tarkoittaa kahta koulutusta vuositain ja vähintään yhtä valtakunnallista koulutusta kolmen vuoden välein. Nämä kriteerit toimivat diabeteshoitajan nimikkeen määrittelyn lisäksi tarkistuslistana

hoitajalle itselleen, jotta hänen ammattitaitonsa pysyy ajanmukaisena. (Simonen 2012.)

3 ASIAKKAAN VOIMAVARAT

Terveydenhuollon asiakkaat toivovat, että heidät kohdataan aidosti ja läsnäolevasti terveyspalveluissa ja että heitä kuunnellaan. Vuoropuhelun tulee olla asiakasläh- töistä. Kun asiakas saa tämän kokemuksen, vaikuttaa se myös hänen toiveikkuu- teensa ja ajatuksiinsa tulevaisuudesta. Asiakkaan kunnioittavalla ja kuuntelevalla kohtaamisella voidaan lisätä hänen voimavarojaan. (Kokko 2007, 6 - 9, 17 - 20.) ”Empowerment” on suomeksi sekä voimaantuminen että voimaannuttaminen. Se tarkoittaa myös valtaistumista ja valtaistamista. Valtaistaminen ja voimaannutta- minen tapahtuvat mm. silloin kun pyritään lisäämään yksilön omaa päätöksente- komahdollisuutta sekä lisäämään hänen voimavarojaan aktivoimalla ja tukemalla häntä. Voimaannuttamista on myös asioiden mahdollistaminen, vastuun antami- nen sekä elämänhallinnassa ja mielipiteen ilmaisussa auttaminen. (Räsänen 2006, 77, 79.)

3.1 Ihmisen henkiset voimavarat

On luontaista, että ihminen pyrkii ylläpitämään ja vahvistamaan omia voimavaro- jaan. Voimavaroja vapauttaa subjektiivinen tunne voimissaan olost; se, että pys- tyy ottamaan vastuun omista ratkaisuksistaan ja tuntee olevansa vapaa tekemään ne turvallisesti. Voimavaroja vahvistaa, kun saa kunnioitusta, arvostusta ja luotta- musta muilta ihmisiltä. Onnistuminen, toteutunut oikeudenmukaisuus, elämän kontrolloitavuus, yrittäminen, toimintaympäristön ilmapiiri ja vuorovaikutus mui- den kanssa auttavat säilyttämään voimavaroja. Voimavaroja vahvistavaan ilmapii- riin kuuluvat toisten tukeminen, kannustaminen, asioiden mahdollistaminen ja niissä joustaminen. (Siitonen 1999, 61 - 78.)

Elinolosuhteisiinsa ei aina voi vaikuttaa, mutta siihen kuinka niissä toimii ja sel- viytyy, voi. Kun hankalissa olosuhteissa pystyy ottamaan vastuuta omasta hyvin- voinnistaan, se parantaa usein oloa. Näin pienilläkin muutoksilla voi parantaa omaa hyvinvointiaan. Arvostus omaa itseä kohtaan lisää myös muilta saatua ar- vostusta. (Katajainen, Lipponen & Litovaara 2003, 70 - 71.) On tärkeää, että ihmi- sellä on elämässään tavoitteita. Tavoitteisiin pyrkiminen itsessään tuo elämään järjestystä ja tunteen elämänhallinnasta. Nämä lisäävät taas ihmisen kokemaa

henkistä hyvinvointia. Tavoitteet tulee olla oikein asetettu, jotta niihin pääseminen olisi todennäköistä. (Kataja 2003, 181 - 182.)

3.2 Voimattomuus ja elämän kaoottisuus suhteessa voimaantumiseen

Sekä elämän kaoottisuutta että ihmisen voimaantumista on tutkittu ja niistä muodostettu teorioita. Kaaosteoria tutkii ilmiöiden satunnaisuutta, laajenemista ja muuttumista. Voidaankin pohtia, onko kaoottisuutta, jos sen voi ennustaa teorialla. Kaoottisuuteen liittyy suure entropia, eli kaoottisuuden ja epäjärjestyksen aste. Voimaantuminen liittyy kaoottisuuteen niin, että luontaisessa voimaantumisen pyrkimyksessään ihminen yrittää selittää, hallita, ymmärtää ja tulkita elämää ja sosiaalisesta todellisuudesta liittyviä ilmiöitä. Ihmisen pyrkimykseen kuuluu myös tarve päästä irti erilaisista elämää rajoittavista tekijöistä asioiden muuttamisen, ymmärtämisen ja elämänhallinnan kautta. (Räsänen 2006, 30 - 31.)

Voimattomuus on oikeastaan sitä, etteivät voimat ole sillä hetkellä esillä tai käytettävissä; ei sitä, ettei voimia olisi ollenkaan. Tämä mahdollistaa voimaantumisen. Koko elämämme rakentuu tekemistämme valinnoista ja niiden tuomista seurauksista. Olemme monesti ongelman edessä ja päätöksentekotilanteessa. Päämäärään etenemistä voi haitata este, eksyksissä olemisen tunne tai punaisen langan kadottaminen toiminnasta. Silloin toisen, enemmän asiasta tietävän ihmisen seuraaminen oikeaan suuntaan auttaa. Olemme luonnostamme luovia, aktiivisia ja ajattelevia, ja toimintaamme tukevat enemmän tai vähemmän erilaiset elämäntilanteet. Rutiinit ovat joskus este kehitymiselle, jos aina valitaan tuttu ja turvallinen tapa tehdä asioita. Tällaisessa tilanteessa ratkaisu on poisoppiminen. (Räsänen 2006, 30 - 32.)

Jotta voimme selviytyä elämässämme, tarvitsemme riittävät fyysiset ja psyykkiset valmiudet, jotka antavat mahdollisuuden päämäärien ja erilaisten tavoitteiden asettamiseen itsellemme. Tarvitsemme toiminnallemme myös suotuisan ympäristön, tahdon tehdä asioita, riittävästi tietoa ja sen ymmärtämistä sekä taidon soveltaa tietoa käytäntöön. Meillä tulee olla myös mahdollisuus ja taito arvioida omaa toimintaamme. Voimaantuminen ja onnistunut toiminta edellyttävät näitä kaikkia osa-alueita. Epäsuotuisassa tilanteessa joku voi meitä näissä estää tai saatamme itse olla tavoitteelliselle toiminnallemme esteenä. Myös hajanainen käsitys omasta

itsestä ja ryhmään kuulumattomuuden tunne ovat haitaksi. (Räsänen 2006, 34 - 35, 37.)

Ihmisen voimaantuneisuus on tunne siitä, ettei hänen elämässään tai ympäristössään tapahdu niin yllättäviä asioita, ettei hän niistä selviäisi. Voimaantunut ihminen tuntee omaavansa riittävästi voimavaroja selviytyäkseen ja kokee ympäristön häneen itseensä kohdistavat vaatimukset positiivisina haasteina. Elämä sisältää onnistumisien lisäksi aina myös epäonnistumisia, mutta voimaantunut ihminen ei lannistu niistä. Voimaantunut ihminen kestää tunteen elämänsä tietyn asteisesta hallitsemattomuudesta ja ymmärtää omat rajansa. Se, että elämämme tuntuu mielekkäältä, on ymmärrettävää ja ymmärrettävyyden myötä tuntuu myös jokseenkin hallittavalta, auttaa meitä pääsemään yli stressaavista tilanteista tai kriiseistä joita kohtaamme. (Räsänen 2006, 48 - 49.)

3.3 Voimavaroja vähentävät häpeä ja syyllisyys

Häpeä on tunne siitä, ettei ole sellainen kuin itse haluaisi tai muut toivoisivat. Syyllisyys taas on sitä, ettei pysty toimimaan niin kuin haluaisi tai niin kuin muut toivovat. Syyllisyys liittyy tehtyyn tai tekemättömään ja voidaan ajatella aiheelliseksi tai aiheettomaksi. Aiheellisena pidetty syyllisyys liittyy vastuun kantamiseen ja omaantuntoon. Myös syyllisyyden ollessa aiheetonta, saatamme tuomita itsemme syyllisiksi. Syyllisyyden ja häpeän aiheuttamasta oman itsensä vihaamisesta on mahdollisuus päästä irti itselleen anteeksiantamisen ja itsensä hyväksymisen kautta. Tämä voi johtaa edelleen itsensä rakastamisen oloilaan. Muutos vaatii prosessin, jossa ihminen käsittelee tunteitaan. (Tipping 2012, 77 - 78, 82.) Myös Blomster (2001, 87 - 88) pitää häpeää ja syyllisyydentunnetta yhteenkuuluvina. Hänen mukaansa häpeä ei ole vain pahasta, vaan joskus siihen on aihettakin: Se ohjaa ihmistä oikeisiin valintoihin. Häpeävä ihminen saattaa syyllistää myös muita helpottaakseen omaa oloaan. Blomster pitää voimavaroja vähentävien tunteiden noidankehään ratkaisuna vaikeiden asioiden kohtaamista ja tuomista päivänvaloon, jotta oma olo helpottuisi.

Häpeä sitoo, kahlitsee ja tukehduttaa ihmistä. Sen vuoksi ihminen voi jättäytyä yksin ja pysyä hiljaa. Jostain syystä häpeävä ihminen kiinnittää huomionsa hyvin paljon omaan itseensä. Itsensä lisäksi hän samanaikaisesti tarkkailee lähellään

olevia ihmisiä ja ympäristöään. Fyysisiä oireitakin häpeävällä voi olla: punastumista, jähmettymistä, jäykistymistä, puristuksen tai kuristamisen tunnetta, syömishäiriöitä ja itsetuhoisuutta. Paljastumisen pelossa ihminen saattaa muuttaa käyttäytymistään, joka taas lisää häpeän tunnetta entisestään ja synnyttää halun paeta tilanteesta. Kun ihminen ei pysty käsittelemään tunteitaan, käytettävissä olevat henkiset voimavarat vähenevät. (Malinen 2010, 9, 15 - 18, 168.) Häpeä voi saada ihmisen käyttäytymään myös päinvastaisesti: häpeämättömästi, röyhkeästi tai itseään korostaen. (Kanerva 2011, 31).

Häpeän tunteminen on jollain tasolla kulttuurisidonnaista liittyen siihen, onko hävettävä asia itse aiheutettu. Useissa kulttuureissa ympäristö ei tuomitse ihmistä, jos hän ei millään tavalla ole itse aiheuttanut tilaansa. Malinen (2010, 20) kuitenkin mainitsee, että Suomessa tällainenkin on usein noloa asianosaiselle, myös ympäristön mielestä. Suomalainen ei mielellään pyydä tilanteeseensa apua, vaan haluaa pärjätä yksin: Avun pyytäminen saatetaan kokea hävettäväksi asiaksi. Kulttuurin lisäksi häpeämisen ilmeneminen on erilaista eri suvuissa. Aina häpeä ei liity omiin asioihin, vaan subjektiivinen ja kahlitseva häpeän tunne voi johtua myös läheisen ihmisen tilanteesta. (Malinen 2010, 19 - 20, 139 - 140.)

Kulissien ylläpito piilottaa kokemamme häpeän, ja usein jätämme puhumatta siitä, mitä häpeämme itsessämme. Jos joskus paljastamme jollekulle arkaluonteisimpia asioita itsestämme, meillä tulee olla turvallinen olo ja suuri luottamus henkilöön jolle asioita kerromme. Jos luottamusta ei ole, tunnemme pelkoa paljastumisesta ja siitä seuraavasta huonommuuden tunteesta. Toisaalta tunnemme häpeää myös ollessamme yksin, siihen ei tarvita muiden seuraa. Joskus häpeä saattaa johtua siitä, että kuvittelemme itse ansaitsevamme tuomion jostakin. Levottomuus, ahdistus ja uuden alun kaipuu voi kertoa mieltämme kalvavasta tunnistamattomasta häpeästä. Naiset tunnistavat häpeänsä ja puhuvat siitä avoimemmin kuin miehet. Naisille tämä tunne myös sallitaan helpommin, josta syystä miehelle koettu ja vaiettu häpeä voi olla hyvinkin tuhoisaa. (Malinen, 2005, 92 - 93, 112 - 113, 115, 186.)

Syyllisyyden aiheuttajana pidetään häpeän tunnetta ja näihin molempiin liittyy myös masennusta ja omanarvon tunteen heikentymistä. Syyllisyyden tunnetta voi kuvata patologiseksi, neuroottiseksi tai krooniseksi, jos syyllisyyden tunne valtaa

ihmisen mielen pysyvästi. Syyllisyyttä tunteva ihminen saattaa haluta korjata jostain tekemäänsä tai rangaista itseään asiasta joka aiheuttaa syyllisyyden. Toisten syyllistäminen voi auttaa omaa oloa. Puhuminen ja asian tunnustaminen toiselle ihmiselle voi helpottaa, joskaan vaikutus ei ole pysyvä, vaikka saisi toisilta vakuutteluja syyttömyydestään. (Malinen 2010, 14 - 15, 142, 168.)

3.4 Asiakkaan häpeän ja syyllisyyden tunnistaminen terveydenhuollossa

Asiakkaan häpeän ja syyllisyyden tunnistaminen on vaikeaa myös terveydenhuollon ammattilaisille. Oirehtimisen todellista syytä ei välttämättä tunnisteta, tai voi olla, ettei asian arkaluontoisuuden tai ammattihenkilökunnan omien käsittelemättä jääneiden tunteiden takia asiakkaan voimavaroja vähentävää häpeän tunnetta pystytä ottamaan esille. Luottamus ja hyväksyntä hoitosuhteessa ovat äärimmäisen tärkeitä. Itselleen nauramisen taito, huumori, rentous ja tilannekomiikka auttavat vaikeiden asioiden käsittelyssä. Häpeästä vapautuminen on mahdollista. (Malinen 2005, 216 - 218.)

Asiakkaan vastavuoroiseen kohtaamiseen hänen tunteensa huomioiden on kehitetty työväline ”Tulevaisuuden muistelu- palaveri”. Välinettä voidaan käyttää eri toimintaympäristöissä eri-ikäisten asiakkaiden kanssa. Menetelmässä korostetaan asiakkaan tunteiden huomioimista ja niiden kehittämistä positiiviseen suuntaan, tavoitteena ylläpitää hänen toiveikkuuttaan, motivaatiotaan ja sitoutumistaan sekä lisätä hänen voimavarojaan. Asiakkaan toiveikkuutta ylläpidetään ja kehitetään pohtimalla yhdessä kuinka huolia voitaisiin vähentää. Palaverissa mietitään asiakkaan omien tunteiden lisäksi perheenjäseniin kohdistuvia tunteita, perheenjäsenten mahdollisia toiveita, konkreettisia tavoitteita sekä moniammatillisten palvelujen tuomia mahdollisuuksia. Palaveriin kuuluu suunnitelman tekeminen vaihtoehtoja miettien. (Kokko 2007, 18 - 19.)

4 VUOROVAIKUTUS HOITOTYÖSSÄ

4.1 Vuorovaikutustaidot

Vuoropuhelussa eli dialogissa keskustelijat tietävät mistä puhutaan, mutta myös oppivat ja saavat tietää uusia asioita keskustelun aikana. Keskustelijoita voi olla kaksi tai enemmän. Dialogissa on tavoitteena kaikkien osapuolten mielipiteen ja näkemyksen selvittäminen, yhteisymmärrys, kokonaisuuden hahmottaminen ja asiaan todella paneutuminen. (Räsänen 2006, 340 - 341.) Jotta dialogi eli vasta-vuoroinen keskustelu onnistuisi, keskustelijoilta vaaditaan keskustelutaitoja. Näitä ovat kuuntelutaito, puhekumppanin kunnioitus, mielipiteen muodostaminen tai mahdollisesti sen vaihtaminen. Asioiden sanominen ja kysyminen tehdään harkitusti toista ihmistä kunnioittaen. Keskustelijoilta vaaditaan myös oman puutteellisen tiedon tunnistamisen taitoa ja epävarmuuden sietämistä. (Räsänen 2006, 342.)

Kuunteleminen on dialogin tärkeä osa-alue ja siihen tarvitaan keskustelijan kyky olla hiljaa, myös sisäisesti. Tämä ei ole aina helppoa. Kuunnella tulee sanojen lisäksi myös sanojen välistä hiljaisuutta. Kun kuuntelee tarkasti, antaa se mahdollisuuden kuulla vielä tarkemmin. Keskustelukumppanin kunnioittaminen ehkäisee keskustelijoiden mahdollista vallankäyttöä toiseen osapuoleen. Sitoutuminen toisen esittämään mielipiteeseen tai asiaan on kuulijalle täysin vapaaehtoista. Vallankäytöstä seuraa usein vastareaktio, esimerkiksi uhma tai raivo. Kuuntelemisen lisäksi myös asioiden sanominen edellyttää hiljaisuutta. Sanominen edellyttää myös puhujan itsenäistä päätöstä sanoa asia ääneen. (Räsänen 2006, 342 - 343.)

4.2 Asiakkaiden käyttämien sanojen kuuntelu osana asiakkaan kuuntelua

Eräässä espanjankielisessä tutkimuksessa (Garza Elizondo, Calderón Dimas, Salinas Martínez, Núñez Rocha, Villarreal Ríos 2003, 467, 469) jossa käytettiin laadullista ja kuvailevaa tutkimusmetodia, on tutkittu millaisia sanoja ja sanojen määritteitä tyypin 2 diabeetikot käyttävät sairaudestaan. Tutkimuksen kohdejoukko muodostui 350 yli 25- vuotiaasta, joilla oli tyypin 2 diabetes. Tutkittavat saivat vapaasti assosioiden kotioloissaan kertoa, kuinka he kuvailevat sairauttaan. Tulokset kuvattiin laadullisesta menetelmästä huolimatta tilastollisesti. Eniten mainittu sana oli ”susto” (pelko, kauhu, säikähdys), joka mainittiin yhteensä 78 ker-

taa. Seuraavaksi eniten mainituissa sanoissa esiintyivät ”coraje” (sydän) 54 kertaa, ”herencia” (perimä) 47 kertaa, ”fuerte impresión” (hyvin vaikuttava) 19 kertaa, ”preocupaciones” (huolestuneisuus) 17 kertaa, ”problemas familiares” (perhehuolet) 16 kertaa ja ”es emocional” (tunne- elämään perustuva, tunteisiin liittyvä) 15 kertaa. Tutkijat pitivät tärkeänä, että hoitohenkilöstö tuntee ja huomioi potilaiden käyttämät sanat ja määritteet omasta sairaudestaan. Tämä helpottaa heidän mukaansa vuorovaikutusta auttamalla hoitajia selittämään potilaalle sairauden hoitoon liittyviä asioita. Potilaan paremmalla tuntemisella on myös merkitystä hänen käyttäytymiseensä ja tekemiinsä ratkaisuihin tulevaisuudessa. Tämä näkökulma potilastyöhön edistää potilaiden hoitoa ja lisää heidän motivaatiotaan sairauden pahenemisen ennaltaehkäisyssä.

Moniammatillisessa hoitotyössä tulee varmistaa, että asiakas tulee kuulluksi. Asiakkaiden oma toive on, että heitä kuunnellaan terveydenhuollossa. Joillekin asiakkaille itsensä ilmaiseminen voi olla helpompaa ennestään tuttujen henkilöiden kanssa. Asiakkaan kuuntelu on tärkeä psykososiaalinen osa hoitotyössä. (Kokko 2007, 5 - 6,14.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa ja kuvailla erilaisia tyypin 2 diabetesta sairastavien asiakkaiden sairauden aiheuttamia, heidän voimavarojaan vähentäviä tunteita ja kokemuksia sekä keinoja joilla heidän omahoitoon käytettävissä olevia voimavarojaan voidaan lisätä. Opinnäytetyön tarkoituksena on myös selvittää, ovatko heitä hoitavat sairaanhoitajat havainneet näillä asiakkailla häpeää tai syyllisyyttä sairastumisestaan tai sairaudestaan.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda näitä voimavaroja vähentäviä tunteita ja kokemuksia sekä myös voimavaroja lisääviä keinoja yleisellä tasolla terveydenhoitohenkilökunnan tietoisuuteen ja kehittää asiakkaiden hoitoa entistä kokonaisvaltaisemmaksi perusterveydenhuollossa huomioimalla sairauden aiheuttamat tunteet hoitotyön suunnittelussa.

Tutkimustehtävät:

Millaisia ovat tyypin 2 diabetesasiakkaita hoitavien sairaanhoitajien asiakkaissaan havaitsemat sairauden aiheuttamat voimavaroja vähentävät tunteet ja kokemukset?

Kuinka tyypin 2 diabetesta sairastavien mahdolliset sairauden aiheuttamat häpeän ja syyllisyyden tunteet ilmenevät heitä hoitavien sairaanhoitajien havainnoimina?

Millaisilla keinoilla sairaanhoitajat kokevat voitavan lisätä tyypin 2 diabetesasiakkaiden omahoitoon käytettävissä olevia voimavaroja?

6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ

Opinnäytetyössä käytin laadullista tutkimusmenetelmää ja analysoin aineiston sisällönanalyysilla. Tutkimusaineiston keräsin haastattelemalla tyypin 2 diabetesta sairastavia asiakkaita hoitavia sairaanhoitajia yksitellen, teemahaastatteluin.

6.1 Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä

Haastattelu on hyvä menetelmä, kun tutkittava asia on ennalta tuntematon tai arkaluonteinen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97). Haastattelun kysymykset ja niihin saadut vastaukset auttavat tutkijaa tutkimusongelman ratkaisussa. Se, kuinka haastattelu tehdään, rajataan ja mitä kysymyksiä haastateltavilta kysytään, riippuu siitä, onko tutkittava asia ennalta tunnettu. Haastattelun kysymykset tulee miettiä ja asetella hyvin, ettei tutkimusaineisto kärsi haastattelun valmistelelemattomuuden vuoksi. Erityyppisiin tutkimusongelmiin sopivat erityyppiset kysymykset. Ne voivat olla mm. avoimia, teemoitettuja tai eritasoisia: yleisiä tai täsmäkysymyksiä. Joskus haastattelu uusitaan uusilla kysymyksillä, jotta saadaan syvällisempää tietoa. Haastattelutaitoja voi ja täytyykin harjoitella hyväksi haastattelijaksi tullakseen. (Kananen 2008, 73 - 74, 76 - 77.) Avoimen haastattelun haastattelukysymyksiä tutkija ei voi etukäteen kovin tarkkaan valmistella. Tutkittava asia tiedetään, mutta vasta keskustelun edetessä muotoutuvat haastattelijan kysymykset haastateltavan edellisten vastausten perusteella. Haastattelijan tehtävänä on pitää keskustelu tutkittavassa aiheessa, kuitenkin antamatta omien käsitystensä vaikuttaa haastateltavan vastauksiin. (Kankkunen ym. 2009, 97.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Haastattelun keskustelu etenee tutkijan valitsemien teemojen mukaisesti ja asioita käsitellään niin syvällisesti kuin kulloinkin on tarpeen. Teemahaastattelun etuina ovat tutkijan jonkinasteinen vapaus tehdä haastattelua sekä tutkittavan vapaus kertoa asioista omalla tavallaan. Haastattelijja keskustelee kaikkien haastateltavien kanssa samoista teemoista, mutta ei välttämättä samassa järjestyksessä. Haastattelu on hyvä tutkimustapa selvitettäessä, millaisia arvoja tutkittava henkilö antaa eri asioille. Näitä merkityksiä ja yhteyksiä asioiden välille voi myös muodostua haastattelun aikana. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47 - 49.)

6.2 Sisällönanalyysi menetelmänä

Sisällönanalyysi tuottaa objektiivista tietoa tutkittavasta kohteesta. Analyysimenetelmä on systemaattinen ja sen avulla tutkijan keräämä aineisto saadaan järjestettyä johtopäätösten tekoa varten. Aineiston järjestäminen ei riitä, vaan tulos syntyy järjestämisen jälkeen johtopäätösten kautta. Sisällönerittely ja sisällönanalyysi ovat eri asioita. Erittelyssä aineisto pelkistetään, jonka jälkeen se järjestetään tutkijan mielestä tarkoituksenmukaisiin kategorioihin. Analyysissä tehdään tämän lisäksi johtopäätöksiä aineistosta ja saadaan näin tutkimuksen tulokset. Oikein tehdyillä johtopäätöksillä saadaan enemmän tietoa kuin pelkässä sisällönerittelyssä. Loogisella päättelyllä ja tulkitsemisella aineisto ensin hajotetaan erilleen, kategorioidaan käsitteiden alle ja lopuksi kootaan uudeksi koosteeksi aineistosta. Tutkija analysoi aineistoa koko tutkimuksen ajan. Kun analyysi tehdään aineistolähtöisesti, siihen kuuluu aineiston pelkistämisen lisäksi Miles:n ja Hubermanin mukaan (1994) aineiston ryhmittely ja teoreettisten ylä- ja alakäsitteiden luonti. (Sarajarvi & Tuomi 2009, 103, 105 - 108.)

7 OPINNÄYTETYÖPROSESSI

Ilmoittauduin opinnäytetyöprosessiin joulukuussa 2013 ja tein opinnäytetyön alustavan suunnitelman. Suunnitelma tarkentui, selkeytyi ja muuttui vielä jonkin verran helmikuun 2014 suunnitelmaseminaariin mennessä.

7.1 Tiedonhaku opinnäytetyön tutkimuksen tietoperustaa varten

Opinnäytetyön aiheen tietoperustaa lähdin kartoittamaan tammikuussa 2014. Päätin syventää tietoani tyypin 2 diabeteksestä yleisesti sairautena ja etsiä lisäksi tietoa sen aiheuttamasta henkisestä paineesta sairastuneelle. Kartoitin tutkittua, näyttöön perustuvaa tietoa myös elimistön aineenvaihdunnan häiriintymisestä, tyypin 2 diabetesta sairastavien elämänlaadusta, ihmisen voimavaroista, vuorovaikutuksesta sekä häpeän ja syyllisyyden tunteista yleisesti, joista olin erityisen kiinnostunut. Tarvitsin myös tarkempaa tietoa nimikkeen ”diabeteshoitaja” täsmällisestä määrittelystä. Tietoperusta opinnäytetyölle rakentui kesäkuun loppuun mennessä.

Tietoperustaan tutustumisessa käytin aiheeseen liittyvää painettua kirjallisuutta sekä internetistä löytämiäni lähteitä jotka täyttivät tutkitun, näyttöön perustuvan tiedon kriteerit (Liite 1). Kielitaitoni mahdollistamana kartoitin opinnäytetyön aiheen piiriin sopivia yliopistotasoisia tutkimuksia suomen lisäksi englannin ja espanjan kielillä. Myös hieman vanhempia julkaisuja kelpuutin mukaan, koska opinnäytetyön tutkimuksessa tutkittavana aiheena ovat ihmisen tunteet ja voimavarat, joten tutkitun tiedon luotettavuus tästä aihepiiristä ei ole sen julkaisuajan kohtaan niin sidoksissa.

7.2 Opinnäytetyön toimeksiantosopimus, tutkimuslupien hakeminen ja haasteltavien etsiminen

Toimeksiantajaa opinnäytetyölle aloin etsiä joulukuussa 2013. Yhteyttä otin neljään eri tahoon, joista yksi oli selvästi kiinnostunut. Tutkimusluvan opinnäytetyöhöni sain Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmältä helmikuussa 2014 ja toimeksiantosopimus allekirjoitettiin Peruspalvelukeskus Aavan kanssa maaliskuussa 2014. Peruspalvelukeskus Oivalta sain tutkimusluvan huhtikuussa 2014.

Tavoitteenani oli saada sovittua ainakin neljä haastattelua diabetesasiakkaita hoitavien sairaanhoitajien kanssa. Neljään päädyin sen vuoksi, että tutkimusaiheen mahdollisen arkaluontoisuuden tai aiheesta kertomisen vaikeuden vuoksi oli mahdollista, ettei haastateltavia hoitajia löytyisi monta.

Maaliskuussa otin ensimmäisen kerran yhteyden Peruspalvelukeskus Aavan diabetesasiakkaita hoitaviin sairaanhoitajiin, kysyen heitä mukaan opinnäytetyön tutkimukseen haastattelujen muodossa. Kutsun opinnäytetyön tutkimukseen lähitin maaliskuussa yhteensä 14 Aavan sairaanhoitajalle. Huhtikuussa päätin kuitenkin hakea tutkimuslupaa myös Peruspalvelukeskus Oivalta, jotta varmasti saisin sovittua haluamani määrän haastatteluja opinnäytetyön tutkimukseen. Sain Oivalta tutkimusluvan ja lähetin kutsun opinnäytetyön haastatteluun myös neljälle Peruspalvelukeskus Oivassa työskentelevälle sairaanhoitajalle. Toukokuun 2014 loppuun mennessä olin lähettänyt yhteensä 18 kutsua ja saanut sovittua 7 haastattelua tyypin 2 diabetesasiakkaita hoitavien sairaanhoitajien kanssa.

7.3 Haastattelujen teemojen operationaalistaminen

Tietoperustaan perehtymisen jälkeen lähdin operationaalistamaan eli muodostamaan haastattelussa läpikäytäviä teemoja aiemman teoriatiedon perusteella. Teemoja muodostaessani pidin mielessäni sen, mihin kysymyksiin haluaisin tutkimuksen avulla saada vastaukset ja sen, että haastatteluihin oli varattu vain 20 minuuttia aikaa kuhunkin. Haastattelujen teemoiksi muodostuivat

- sairaanhoitajien havaitsemat ensitiedon aiheuttamat reaktiot sairastuneessa
- sairastumisen tai sairauden olemassolon hyväksyminen
- sairastumisen aiheuttama mahdollinen häpeän tai syyllisyyden tunne
- sairauden mahdollinen salaaminen läheisiltä
- muiden syyllistäminen sairastumisesta tai omahoidon epäonnistumisesta
- asiakkaan voimavaroja vähentävät muut asiat
- asiakkaan voimavaroja lisäävät asiat
- voimavarojen pysyvyys
- asiakkaan elämäntyytyväisyyden näkyminen vastaanotoilla
- asiakkaan oman tulevaisuutensa näkeminen
- vuorovaikutuksen toimivuus vastaanotolla

Teemat suunnittelin ottavani haastattelussa esille suurin piirtein tässä järjestyksessä, kuitenkin antaen tilaa haastateltavan omalle kerronnalle. Kaikkia teemoja minulla ei ollut tarkoitus välttämättä ehtiä käymään läpi haastattelun aikana, haastatteluajan lyhyiden vuoksi.

Toukokuussa lähetin saatekirjeen ja haastattelun teemat tiedoksi niille sairaanhoitajille, jotka olivat lupautuneet osallistumaan haastatteluun. Mielestäni haastateltavien oli hyvä tutustua teemoihin ennakolta. Tutkimusluvissa minulle oli myönnetty haastattelujen sallituksi kestoksi 20 minuuttia haastattelua kohden, sairaanhoitajien työaikana.

7.4 Haastattelujen toteutus

Opinnäytetyön kaikki ennalta sovitut seitsemän haastattelua olivat toteutuneet toukokuun viimeisestä viikosta kesäkuun puolen väliin mennessä, ja ne tapahtuivat sovitusti sairaanhoitajien omissa työpisteissä. Haastattelujen todellinen kesto oli 18 - 40 minuuttia. Jokaisen haastattelun aluksi täytettiin suostumuslomake haastatteluun ja mahdollisesti myös sen nauhoittamiseen, ja tämän jälkeen aloitin haastattelun teemojen läpikäymisen samalla äänittäen. Yksi sairaanhoitajista kieltäytyi haastattelun äänittämisestä ja hänen osaltaan tein muistiinpanot kirjallisesti.

Olin lähettänyt haastattelun teemat sairaanhoitajille hyvissä ajoin, jotta he pystyivät valmistelevaan vastauksiansa. Kolme sairaanhoitajaa oli hyvin perusteellisesti valmistautunut haastatteluun, yksi ei ollut valmistautunut ollenkaan ja kolme oli valmistautunut pikaisesti juuri ennen haastattelua. Vaikka osa hoitajista ei ollut tutustunut haastattelun teemoihin etukäteen, he pystyivät silti hyvin keskustelemaan niistä ja kertomaan vapaamuotoisesti kulloinkin esittämästäni teemasta. Haastatellut sairaanhoitajat suhtautuivat hyvin myönteisesti, avuliaasti ja kannustavasti opinnäytetyön tutkimuksen tekemiseen ja heidän kanssaan oli helppo työskennellä. Aineiston saturoituminen eli samojen haastatteluissa esiintulleiden asioiden kertautuminen alkoi neljännen haastattelun kohdalla ja oli selvänä havaittavissa kuudennessa haastattelussa. Seitsemännessä haastattelussa aineistoon tuli kuitenkin muutamia täysin uusia näkökulmia.

7.5 Haastattelujen avulla saadun aineiston sisällönanalyysi

Haastatteluissa äänittämällä saadun aineiston litteroin teemojen ja haastattelussa syntyneiden väliaikaisten otsikoiden alle sairaanhoitajien vastausten osalta. Kirjasimella Times New Roman, kokoa 12 ja riviväliä 1,5 käyttäen litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 37,5 sivua. Litteroin haastattelut aina heti kunkin haastattelun jälkeen. Tämä tein siksi, että jos minulle olisi herännyt lisäkysymyksiä saamastani aineistosta, olisin voinut tarkentaa asiaa haastatellulta sairaanhoitajalta, ennen kuin hän unohtaa haastattelussa läpikäytyt asiat.

Kun olin litteroinut aineiston kokonaisuudessaan, poimin aineistosta kaikki tyypin 2 diabetesta sairastavien mahdollisista tunteista ja voimavaroista jotakin kertovat sairaanhoitajien ilmaisut. Ilmaisut pelkistin ensin kirjakielelle, ja muutin ilmaisuja myös yleisempään muotoon, jos niissä oli jotain tutkimuksen eettisyyden kannalta liian yksityiskohtaista. Aineiston pelkistämisen jälkeen aloin luokitella löytämiäni asioita ryhmiin, etsien niistä yhtäläisyyksiä, eroavaisuuksia, yhteisiä nimittäjiä ja erottavia tekijöitä. Luokittelu muuttui useaan kertaan sisällönerittelyn aikana, kunnes löysi lopullisen muotonsa. Aineiston pelkistämisen, sisällönerittelyn ja luokittelun aikana syntyi väliaikaisia kategorioita ja otsikoita, jotka muotoituivat lopullisiksi vasta sisällönanalyysin päätyttyä.

8 TULOKSET

Opinnäytetyön tutkimuksen tulokset ovat sairaanhoitajien kokemuksia vastaanottilanteista ja tekemiäni johtopäätöksiä niistä. Tuloksissa esitetyt asiat, joita sairaanhoitajat toivat haastattelussa esille, eivät koske kaikkia tyypin 2 diabetesta sairastavia tai kaikkia heitä hoitavia sairaanhoitajia. Sisällönanalyysissa (Liite 2) yläkategorioiksi ja näkökulmiksi tyypin 2 diabetesta sairastavien voimavaroihin muodostuivat

- sairauden ensitiedon aiheuttamat tunteet asiakkaassa
- asiakkaan kokema mahdollinen häpeä ja syyllisyys
- asiakkaan voimavaroja vähentävät muut tunteet ja kokemukset
- sairaudesta puhuminen lähipiirille
- hoitohenkilökunnan, oman työn tai muiden asioiden syyllistäminen sairastumisesta tai huonosti sujuvasta omahoidosta
- yhteinen käsitys hoitotasapainosta
- vuorovaikutus vastaanotolla
- asiakkaiden suhtautuminen tulevaisuuteen
- asiakkaiden suhtautuminen lääkitykseen
- sosioekonomisen taustan ja aseman vaikutus sairauteen suhtautumisessa
- asiakkaan voimavarojen taso
- asiakkaiden voimavarat ja niiden lisääminen.

Opinnäytetyön tutkimuksen tulokset esitän yhteenvetona näistä näkökulmista.

8.1 Ensitieto sairaudesta ja sen aiheuttamat tunteet

Kun perusterveydenhuollon asiakas saa lääkäriltä tyypin 2 diabetesdiagnoosin tai lääkäri kehottaa heikentyneen sokerinsiedon vuoksi asiakasta käymään tyypin 2 diabetesta sairastavia asiakkaita hoitavan sairaanhoitajan vastaanotolla, herättää se asiakkaassa monenlaisia tunteita. Lähes poikkeuksetta haastatellut sairaanhoitajat mainitsivat ensimmäisinä haastatteluissa hämmennyksen tunteen, jonka olivat huomanneet asiakkaissaan ensimmäisellä ohjauskäynnillä. Kaikista hämmennyneimpiä ovat ne, joilla ei ole ennestään ollut pitkäaikaissairauksia ja joiden vointi on pysynyt hyvänä. Kun selkeitä oireita ei ole ollut, kadoksissa olemisen

tunne, epäusko, todetun sairauden kieltäminen tai kriittisyys diagnoosin oikeutta kohtaan saattavat vallata asiakkaan mielen. Pahemmissa tapauksissa asiakas säikähtää, on hyvin järkyttynyt tai harmissaan, kokee ahdistuneisuutta, vihaa, pettymystä, suurta epäonnistumisen tunnetta tai pelkoa, jopa kuolemanpelkoa. Hän voi olla myös hyvin välinpitämätön juuri todettua sairautta kohtaan. Toisaalta jotkut asiakkaat ovat myös kiinnostuneita sairauden hoitamatta jättämisen seuraamuksista ja osa miettii sairauden mahdollista kestoja. Asiakkaat saattavat arvostella kriittisesti diagnosoinnin perusteena olevia veren glukoosipitoisuuden raja-arvoja ja kyseenalaistaa niiden oikeellisuuden. Jokunen asiakas oli myös pohtinut, että lääkefirmat olisivat osallisena verensokeri- ja kolesteroliraja- arvojen asettamisessa niin alas, jotta saataisiin mahdollisimman paljon diagnooseja ja lääkemenekki sitä kautta suureksi.

Tyypin 2 diabeteksen toteaminen asiakkaalla ei kuitenkaan aina herätä negatiivisia tunteita. Suurin osa asiakkaista hyväksyy saamansa diagnoosin. Toisille asiakkaille selityksen saaminen pitkään jatkuneisiin oireisiin tuo helpotuksen tunteen.

Asiakas on saattanut myös aavistaa sairastumisen sen perusteella, mitä on lähipiirissään nähnyt ja kuullut. Diagnoosin saaminen voi antaa tunteen uudesta alusta sekä mahdollisuuden elintapojen muuttamiseen. Osa asiakkaista taas kokee sairauden puhkeamisen omalle kohdalleen vain sattumana tai olosuhteiden vääjäämättömänä seurauksena. Asiakkaista oli myös huomattu, että jos sydän- ja verisuonisairauksia on jo ennestään, yksi uusi diagnoosi ei välttämättä tunnu missään. Diabeteksen liitännäissairaudetkaan eivät aina pelota, jos niitä on jo.

Sairaanhoitajat pitivät tärkeinä asioina asiakkaan ensikäyntiä ajatellen luottamuksellisen hoitosuhteen rakentumista heti ensikäynnistä alkaen sekä varovaisuutta tiedon antamisessa. Diagnoosin sulatteluun menee kaikilla asiakkailla aikaa, josta syystä annettavan tiedon määrää on hyvä lisätä pikku hiljaa ja edetä diabeteksen hoidossa rauhallisesti.

8.2 Voimavaroja vähentävät häpeä ja syyllisyys

Tyypin 2 diabetekseen sairastuminen ja sitä sairastaminen saa asiakkaan joskus tuntemaan häpeän tai syyllisyyden tunteita, mahdollisesti molempia. Osa haastatelluista sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että media ja yleinen julkinen keskustelu

terveydestä, terveellisistä elintavoista sekä myös elintapojen vaikutuksesta pitkäaikaissairauksiin sairastumisessa lisäävät asiakkaiden häpeän ja syyllisyyden tunteita itse aiheutetusta sairaudesta. Syyllisyyden tunne tuli ilmi haastatteluissa vahvemmin kuin häpeä. Kaikki sairaanhoitajat eivät olleet kuitenkaan havainneet näitä tunteita asiakkaissaan.

Haastattelujen perusteella asiakkaat eivät koe lähipiirinsä syyllistävän heitä sairastumisesta. Syyllisyys on omakohtainen tunne, jonka useimmiten aiheuttaa se, ettei asiakas ole pystynyt elintapojaan muuttamaan, vaikka paljon on siitä puhuttu ja siihen kehoitettu. Syyllisyyttä hän voi tuntea myös siitä, ettei ole hakeutunut hoitoon aiemmin, vaikka joku lähipiiristä on siihen kehottanut. Häpeää ja syyllisyyden tunnetta aiheuttaa usein se, ettei asiakas ole toteuttanut diabeteksen omahoitoa kotioiloissa niin kuin on edellisellä ohjauskäynnillä sovittu. Esimerkiksi verensokerimittaukset saattavat olla hyvin vähäiset tai tuloksia on ehkä jäänyt merkitsemättä vihkoon. Itsensä lisäksi asiakas saattaa syyllistää joskus myös muita siitä, ettei sairauden hoito suju suunnitellusti. Hän saattaa kokea, etteivät hoitavat tahot toimi tehokkaasti hänen sairauden hoitamisensa hyväksi, välineet ovat huonoja tai että oma työ on sairauden hoitamisen esteenä. Muiden syyllistämiseen liittyy usein se, ettei asiakas tunnista täysin omaa hoitovastuutaan.

Kun diabetesdiagnoosi on saatu, siitä ei välttämättä kerrota heti tai ollenkaan muille. Hoitajien mukaan asiakkaat eivät yleensä salaile sairautta, mutta on asiakkaita, jotka eivät halua muiden tietävän sairaudesta tai näkevän heitä diabetestarvikkeiden kanssa terveysasemalla. Osan hoitajista mukaan diabetesdiagnoosista jätetään yleensä mieluummin kertomatta kuin kerrotaan.

8.3 Asiakkaiden voimavaroja vähentävät muut asiat

Tyypin 2 diabetesasiakkailla esiintyy paljon erilaisia negatiivisia tunteita, joita ajatus ja tietoisuus omasta sairaudesta aiheuttavat. Häpeän ja syyllisyyden lisäksi näitä ovat pelko, jännittäminen, riittämättömyyden tunne, turhautuneisuus, väsymys ja alakulo. Masentuneisuutta sairaanhoitajat olivat havainneet monella asiakkaalla. Asiakkaat voivat tuntea myös vihaa tai pettymyksen tunnetta siitä, etteivät pystyneetkään terveellisillä elintavoilla estämään sairauden puhkeamista. He saattavat olla hyvin välinpitämättömiä, vähätellä sairauttaan tai kieltää sen kokonaan.

Vastaanotolla käyminen koetaan joskus pakonomaiseksi tai saatu ohjaus riittämättömäksi. Kun asiakas odottaa hoitavan tahon poistavan sairauden, aiheuttaa tulokseton hoito lopulta uskon puutteen sairaanhoitajan osaamiseen ja saatavan avun riittävyteen. Jotkut tyypin 2 diabetesta sairastavat saattavat olla jatkuvasti hädisään sairautensa tilanteesta.

Sairaanhoitajat pystyivät nimeämään hyvin paljon erilaisia asiakkaiden voimavaroihin vähentävästi vaikuttavia asioita, kuten kokonaiskuvan puuttuminen sairaudesta ja sen hoidosta, omahoidon toteuttaminen vailla ymmärrystä sen päämäärästä, oman hoitovastuun tunnistamattomuus, erimielisyys hoidosta, vastaanotolle tulemattomuus, omahoidon asioiden unohtuminen, huono taloudellinen tilanne, ikävä sää, asiakkaan liikkumattomuus, perhe-elämän vaikeudet, iän tuomat haasteet selvitä käytännön hoidosta sekä hoitajan oma kiire. Joidenkin tyypin 2 diabetesasiakkaiden elämä vaikuttaa sairaanhoitajien mielestä jonkinasteisen kaoottiselta tai hallitsemattomalta ja ongelmat näyttävät kasaantuvan tietyille samoille henkilöille. Näiden asiakkaiden on vaikea tarttua mihinkään asiaan, vaikka itse haluaisivat ja he kokevat, että hoitajakin sitä odottaa. Kun omassa elämässä on pielessä monta asiaa, joiden tyypin 2 diabetesta sairastava asiakas toivoo yhtäaikaaisesti muuttuvan, aiheuttaa se yleistä riittämättömyyden tunnetta.

Jännittämistä ja pelon tunnetta aiheuttavat vastaanotolle tuleminen, laboratoriovastausten kuuleminen tai sairaanhoitajan arvio kotimittauksista ja omahoidon onnistumisesta. Jotkut asiakkaat kokevat ohjauskäyntinsä tuomiokäyntinä. Asiakkaat, jotka ovat nähneet diabeteksen komplikaatioita tai liitännäissairauksia lähipiirissä, saattavat pelätä niitä. Pistoshoitoon siirtyminen on kuitenkin yleisempi pelon aihe ja sairaanhoitajia olikin joskus ihmetyttänyt, miksi liitännäissairaudet eivät pelota asiakkaita niin paljon kuin pistettävään lääkitykseen siirtyminen.

8.4 Hoidon tavoitteet ja yhteinen käsitys hoitotasapainosta

Yleensä tyypin 2 diabetesasiakkaat ymmärtävät hyvin hoidon tavoitteet ja käsitys hoitotasapainosta on sairaanhoitajan kanssa yhteinen. Parhaiten yhteinen käsitys syntyy hoitajien mukaan ikääntyneempien asiakkaiden kanssa. Asiakkaan koulutustason vaikutusta sairauteen suhtautumisessa kaikki haastatellut eivät osanneet kuvailla. Muutaman haastattelun perusteella alhainen koulutustaso saattaa vaikut-

taa sairauden hoitoon positiivisesti, kun asiakas kokee saavansa avun tilanteeseensa vain vastaanotolta tai negatiivisesti, jos asiakkaalla ei ole elämänhallintaa sairauden hoidon lisäksi muutenkaan. Paremmen koulutustason omaavat asiakkaat taas ehkä hyväksyvät sairautensa helpommin ja saavat helpotusta oloonsa paremman tietämyksensä kautta.

Hoitotasapaino- käsite ei ole asiakkaille aina täysin selvä tai se voidaan ymmärtää hyvin eri tavoin. Tasapaino- sanasta saattaa saada kuvan, että arvojen tulisi olla hyvin samanlaisia. Tämä saattaa aiheuttaa asiakkaalle jatkuvaa hätää mittausarvojen vähänkin muuttuessa tai tyytymistä liian korkeaan verensokeritasapainoon, kun arvot ovat korkeita mutta samankaltaisia. Tavoitteet hoitotasapainosta joskus hämärtyvät pitkään sairastettaessa, kun oireet eivät selvästi tunnu. Välillä sairaanhoitajilla onkin tunne, että asiakkaat puhuvat hoitotasapainon suhteen täysin eri asiasta, kuin he itse. Osalla asiakkaista väärä käsitys johtuu siitä, ettei sairauden hoitaminen muutenkaan kiinnosta ja tavoitteita ei välitetä ymmärtää. Yhteisymmärryksen ja -käsityksen syntymistä edistää hoitotavoitteiden selkeä perustelu.

8.5 Asiakkaiden suhtautuminen lääkitykseen

Suurin osa tyypin 2 diabetesasiakkaista pitäisi lääkityksensä mielellään mahdollisimman pienenä ja toiset haluaisivat välttää sen kokonaan. Lääkityksen lisääminen tai useamman lääkkeen ottaminen käyttöön saa sairauden tuntumaan vakavammalta. Insuliinihoidon pelkääminen tai halu lykätä sitä mahdollisimman myöhäiseen vaiheeseen liittyy enemmänkin siihen, ettei haluta lääkettä, joka annostellaan pistämällä.

On myös asiakkaita, jotka toivovat mahdollisimman tehokkaan lääkityksen, jotta sairaus tulisi hoidettua kunnolla. Suomessa kaikki diabeteslääkkeet eivät kuulu automaattisesti Kela- korvattavuuden piiriin, vaan korvauksen saamiselle voi olla tietyt kriteerit, mm. diabetesta sairastavan korkea painoindeksi (Eksenatidi 2014). Tästä syystä jotkut diabetesasiakkaat saattavat olla yhteiskunnalle hyvin katkeria siitä, etteivät pysty hankkimaan kalliin ostohinnan vuoksi lääkettä, josta uskoisivat hyötyvänsä.

Kun lääkityksen tehostaminen tulee sairauden hoidossa ajankohtaiseksi, jotkut asiakkaat ovat valmiita tekemään välittömästi elintapamuutoksia, jotta lääkityksen lisääminen voitaisiin välttää tai siirtää myöhäisempään ajankohtaan. Tyypin 2 diabetesta sairastavien vertaistuki toisilleen lääkityksen lisäämisessä, sekä läheisten hyvät kokemukset esimerkiksi insuliinista, ovat hyvin tärkeitä lääkitykseen liittyvien ennakkoluulojen poistamisessa. Sairaanhoitajat korostivat aloitettavan lääkityksen perustelua asiakkaalle sekä kiireettömyyttä lääkityksen lisäämisessä.

8.6 Asiakkaiden ajatukset tulevaisuudesta

Asiakkaat eivät itse puhu vastaanotolla kovinkaan aktiivisesti tulevaisuudestaan. Kun asiakkaalla on oikeaa tietoa sairaudestaan, sen hoidosta ja hoidon vaikuttavuudesta, hänellä voi olla hyvinkin valoisa näkemys tulevaisuudestaan. Haastatte- luissa tuli jonkun verran ilmi, että tyypin 2 diabetesasiakkaat elävät aika paljon hetkessä. Toiset sairaanhoitajat ottavat tulevaisuuden puheeksi usein, toiset taas käsittelevät mieluummin ainoastaan juuri sillä hetkellä ajankohtaisia asiakkaan sairauteen liittyviä asioita. Asiakkaiden tulevaisuuden ajatteluun liittyy usein lää- kityksen näkökulma, jota he vastaanotolla pohtivat. Asiakkaiden ikähaitarin olles- sa suuri, tulevaisuuden ajattelun lähtökohdat ovat erilaiset eri-ikäisillä asiakkailla.

Vastaanotolla sairaanhoitajat yrittävät puhua tulevaisuudesta asiakkaalle millään tavalla häntä pelottelematta, koska varsinkin sairauden alkuvaiheessa asiakas saat- taa olla hyvin peloissaan ja huolestunut tulevaisuudestaan, luultavasti tiedon puut- teensa vuoksi. Eniten tyypin 2 diabetesasiakkaat ovat huolissaan mahdollisesta insuliinipistoshoitoon siirtymisestä. Tulevien elinvuosien laatu ja määrä huolettaa, ja monisairaat asiakkaat voivat olla hyvinkin toivottomia tulevaisuutensa suhteen. Eniten hoitotasapainostaan ja tulevaisuudestaan ovat huolestuneita ne asiakkaat, joiden hoitotasapaino on hyvä, eikä heidän oikeasti tarvitsisi olla niin kovin huo- lissaan. Asiakkaat ovat tulevaisuuden suhteen myös toiveikkaita: Sairauden kes- ton toivotaan jäävän lyhyeksi, lääkityksen pysyvän pienenä tai elintapahoidon mahdollisesti olevan ainoa tarvittava lääke.

8.7 Vuorovaikutus vastaanotolla

Sairaanhoitajat kuvasivat vuorovaikutuksen ohjauskäynneillä olevan pääsääntöisesti avointa ja luontevaa, joskaan hoitajat eivät aina voi olla siitä varmoja. Vuorovaikutus sujuu, kun sairaanhoitaja mukautuu kunkin asiakkaan tyyliin. Asiakkaat ovat usein hoitajille tuttuja, ja hoitaja tietää mikä toimii kenenkin kanssa. Toiset asiakkaat ovat hyvinkin tuttavallisia, mutta toiset haluavat pitää ohjaustilanteen hyvin määrämuotoisena ja vuorovaikutuksen virallisena. Hoitajat pitivät tärkeänä vuorovaikutuksen toimivuuden kannalta asiakkaan kuuntelua ja havainnoimista, sanattoman viestinnän lukemista, hoitajan varovaisuutta asioiden esiintuomisessa, luottamuksellisen hoitosuhteen olemassaoloa sekä kiireettömän tunnelman luomista omasta kiireestä huolimatta.

Asiakkaat pitävät tutusta hoitajasta. On muutenkin hyvä, jos sairaanhoitaja on asiakkaalle tuttu: Asiakkaan ei tarvitse aina kohdata uutta hoitajaa ja selittää asioita uudelleen. Toisaalta samalla paikkakunnalla asuminen saattaa heikentää vuorovaikutusta, jos hyvin tutulle hoitajalle asiakas ei voi aivan kaikkia asioita kertoa. Jännitettä vastaanotolle tuovat asiakkaan vaikeat henkilökohtaiset asiat, joiden käsittely voi joskus viedä koko vastaanottoajan. Tästä huolimatta sairaanhoitajat pitivät kuitenkin tärkeänä ja tarpeellisena asiakkaan elämän suurten, iloisten tai surullisten asioiden käsittelyä, jos asiakas haluaa niistä vastaanotolla puhua tai toisaalta ei voi olla puhumatta.

Asiakkaat pitävät sairaanhoitajan kanssa kahdenkeskisestä vastaanottotilanteesta eniten. Ryhmäohjauksiin heitä on vaikea saada ja palaverit koko hoitotiimin kesken eivät aina ole mieluisia. Henkilökohtaisesti kerrottu asia ei toisaalta tunnu asiakkaista niin uskottavalta kuin esimerkiksi julkisessa keskustelussa tai mediasa esillä olevat asiat tai Käypä hoidon virallinen suositus.

8.8 Asiakkaiden voimavarat ja niiden lisääminen

Haastatellut seitsemän sairaanhoitajaa toivat esiin hyvin paljon asioita, jotka voidaan nähdä tyypin 2 diabetesasiakkaiden hoitoa tukevana voimavarana sekä keinoja, joilla asiakkaiden voimavaroja voidaan vahvistaa. Asiakkaiden omahoitoon käytössä olevien voimavarojen taso yleensä vaihtelee, mutta joillain asiakkailla

sairaanhoitajat olivat havainneet sen olevan pysyvästi matalalla. Voimavarojen tason vaihtelu voi tapahtua kokonaan matalammilla tasoilla tai aaltoliike olla myös pienempää. Asiakkaan voimavarat saattavat joskus nousta hyvin yllättävästi ja toisaalta myös romahtaa nopeasti. Joskus voimavaroja omahoitoon saadaan nopeasti lisää tietyn lisäoireen ilmaantuessa asiakkaalle. Kun sairaanhoitaja huomaa, että on pystynyt vaikuttamaan asiakkaan voimavaroihin niitä kohottavasti, tuntuu se hänestä hyvin palkitsevalta. Toisaalta asiakkaan käytössä olevien voimavarojen pysyessä pitkään matalalla, uudet ideat asiakkaan motivointiin olisivat tarpeellisia.

Nuorten asiakkaiden voimavarana on halu olla mukana päätöksenteossa ja halu vaikuttaa omaan hoitoon. Iäkkäämmät diabetesasiakkaat taas ovat tasapainoisempia, myöntyväisempiä hoitajan ehdottamiin hoitosuunnitelmiin ja tunnollisempia toteuttamaan niitä. Sairaanhoitajien arvion mukaan tämä johtuu siitä, että iäkkäämmät ihmiset ovat tottuneet säännölliseen elämänrytmiin, säännöllisiin ruokailu- ja ulkoiluaikoihin ja he pitävät yleensä hoitavaa tahoa jonkinasteisena auktoriteettina, jonka neuvoja on hyvä kuunnella.

Asiakkaan käytössä olevien voimavarojen lisäämiseen eivät kaikkien kohdalla toimi samat keinot. Asiakkaat ovat hyvin erilaisia, josta syystä esimerkiksi annettavan tiedon ja ohjauksen tarve on hyvin yksilöllinen. Sairaanhoitajat antavat perusteltua ja oikeaa tietoa asiakkaalle sekä ohjaavat heidät tiedon lähteille. Hoitajat katsoivat, että asiakkaan ymmärrys ja tieto omasta sairaudestaan ovat tärkeimpiä heidän voimavaroja lisääviä asioita. Kirjallista materiaalia voi antaa asiakkaalle tutustuttavaksi jo ennen varsinaista ohjauskäyntiä, jotta ohjauskäynnille tullessaan asiakkaalla on jotain käsitystä, millaisia asioita käydään läpi. Toiset asiakkaat hyötyvät siitä, että sairauden hoidosta kerrotaan sen eri vaikeusasteissa. Tällöin vahvistuu asiakkaan oma motivaatio estää sairauden paheneminen. Tärkeää on kuitenkin aina antaa tieto selkokielellä ja asioita kerraten, sillä vaikka hoitohenkilöstö ymmärtää käsitteet, ne voivat olla asiakkaalle aivan outoja. Toisaalta nykyään asiakkailla on todella paljon tietoa ja näin hyvät edellytykset sairautensa hoitamiseen. Joskus hoitajan alkaessa puhua elintapamuutoksista, asiakas tietää hyvinkin tarkkaan, mitä se tarkoittaa ja mitä tulee tehdä.

Tyypin 2 diabetesasiakkaiden hoidon taso ja käytettävät välineet ovat nykypäivänä hyvät, mikä mahdollistaa asiakkaiden hyvän hoidon ja voidaan siis nähdä voimavaroja lisäävänä tekijänä. Hoitajan läsnäolo hoitotilanteessa, luottamuksellinen hoitosuhde, positiivinen ja kannustava suhtautuminen asiakkaaseen, pienten onnistumisten huomaaminen ja niiden sanominen ääneen, tiukkapipoisuuden välttäminen, asiakkaan yksilöllinen kohtaaminen ja hänessä piilevien voimavarojen huomaaminen ovat kaikki tärkeitä asiakkaan voimavaroja lisääviä asioita hoitajan vastaanotolla. Jos asiakas on tehnyt verensokerin kotimittauksia kotona, sairaanhoitajan tulee käydä ne lävitse ja kertoa ääneen, mitä arvoista on pääteltävissä. Asiakas on kuitenkin kotona nähnyt suuren vaivan mittauksen tekemisessä ja kirjaamisessa, joten kommentointi ääneen on siksi tärkeää. Positiivisen asian sanominen asiakkaan lähtiessä vastaanotolta jättää oven auki seuraavaa kertaa varten; asiakas kyllä muistaa millaisiin tunnelmiin vastaanotolla viimeksi jäätiin.

Valinnan ja harkitsemisen mahdollisuuden antamisella asiakkaalle, esimerkiksi verensokerimittauksen määrästä, kontrollikäynnin ajankohdasta tai lääkityksen tehostamisesta, vahvistetaan asiakkaan omaa motivaatiota sairautensa hoitamiseen. Hoitoportaiden käyttäminen on asiakkaalle mielekästä, ja vain elintapahoidolla aloittaminen, mahdollisesta lääkityksestä kuitenkin kertoen, voi motivoida häntä. Kun sairaanhoitaja kysyy asiakkaalta, millaisen välin tämä toivoisi ohjauskäyntien välille, hän selvittää samalla asiakkaan tuen tarpeen sairauden hoitamisessa. Samalla hän muistuttaa, että aina voi ottaa yhteyttä, jos tuen tarve äkillisesti muuttuu tai jos kotona tulee eteen ongelmia tai mieltä askarruttavia asioita. Asiakasta vahvistaa tieto sairaanhoitajan antaman tuen olemassaolosta ja siitä, ettei esimerkiksi elintapamuutoksia tarvitse tehdä yksin. Kuitenkin olennaisinta sairauden hoidossa on asiakkaan oma tahto, jota sairaanhoitaja yrittää vastaanotolla vahvistaa. Asiakkaassa tapahtuva muutos saattaa tapahtua pikku hiljaa, kunnes se tulee näkyväksi ja sairauden hoitaminen alkaa toimia. Tärkeää on korostaa asiakkaalle sitä, että valinta useissa tilanteissa on hänen omansa ja se vaikuttaa hänen omaan elämäänsä. Sairaanhoitajan on hyvä myös painottaa asiakkaalle, ettei enää voida vaikuttaa menneisiin tai tekemättä jättämiin, vaan on tärkeä keskittyä siihen, mitä voidaan tehdä nyt.

Hoidon tavoitteet tulee miettiä asiakkaan kanssa hyvin konkreettisina asioina ja edetä niissä yksi tavoite kerrallaan. Tavoitteen on hyvä olla asiakkaan itsensä löy-

tämä muutoksen paikka, johon hän tuntee kykenevänsä. Tavoitteeksi kannattaa valita aina se, jonka työstämisen aloittaminen tuntuu helpoimmalta ja vähiten vastenmieliseltä. Jos voimavarat ovat asiakkaalla hyvin vähissä, mietitään hänen kanssaan ihan vain vähimmäistavoite, joka voi olla myös pysyminen sen hetkiselä tasolla. Verensokerimittausten osalta sairaanhoitaja voi miettiä minimimittausmäärän, johon asiakas voisi sitoutua, ja josta seuraavalla kerralla voitaisiin kuitenkin tehdä jotain johtopäätöksiä.

Puolison olemassaolon tyypin 2 diabetesta sairastavan elämässä sairaanhoitajat näkivät positiivisena asiana. Puolison olemassaolo tuo yleensä arkeen toivottua rytmiä, elämään luottamusta ja saa olon tuntumaan turvallisemmalta. Puoliso on toisinaan myös ihan konkreettisesti tukemassa omahoitoa, esimerkiksi jalkoja rasvaten. Toiset sairaanhoitajat ottavat asiakkaan puolison mielellään mukaan vastaanotokäynnille, jos se sopii asiakkaalle itselleen. Se, että puoliso on mukana kuulemassa, vaikka olisikin vaiti, on heidän mielestään asiakkaan hoitoa tukeva asia. Ikääntyneen asiakkaan puoliso tai muun läheinen ihminen voidaan myös kutsua mukaan ensikäynnille, jotta asioiden omaksuminen ja mieleen painuminen helpottuisi.

9 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

9.1 Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arviointi

Kun tutkija tekee tutkimustaan yksin, on vaarana, että hän seuraa liikaa omaa intuitiotaan tutkittavasta aiheesta olematta välillä kriittinen tekemiään johtopäätöksiä kohtaan. Tutkimuksen luotettavuutta pohdittaessa tuleekin kiinnittää huomio tutkimustulosten uskottavuuteen, yleistettävyyteen ja riippumattomuuteen. Olosuhteet, joissa tutkimus on tehty sekä menetelmät joita on käytetty, tulee kertoa tulosten yhteydessä, jotta saatuja tuloksia voidaan tarkastella niiden valossa. Uskottavuuteen vaikuttaa lisäksi se, kuinka tutkija kuvaa saamansa tulokset sekä analyysitavan, jolla niihin on päästy. Myös mahdolliset tutkimuksen aikaiset ongelmat tulee kuvata. (Kankkunen ym. 2009, 159 - 160.)

Tutkimusten on aina oltava eettisesti oikein tuotettuja kaikilla tieteenaloilla. Tutkimuksesta ja sen tekemisestä ei saa koitua vaaraa tai haittaa kenellekään, ja tutkimusmenetelmien on oltava ihmisarvoa kunnioittavia. Helsingin julistuksen (1964) mukaisesti tutkittavan henkilökohtainen hyvinvointi ohittaa tärkeydessä tieteen edistämisen näkökulman. Tutkimuksessa saatua tietoa ei tule väärinkäyttää ja tutkijan tulee arvostaa myös muiden tutkijoiden työtä. Hänen tulee olla myös halukas omalla toiminnallaan löytämään uutta ja luotettavaa tietoa. (Kankkunen ym. 2009, 172 - 173.)

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa käytetään reliaabelius- ja validius- käsitteitä. Reliaabelin tutkimuksen tulokset toistuvat toistettaessa samanlainen tutkimus. Tulosten samankaltaisuuteen tai erilaisuuteen voi toisaalta vaikuttaa myös tutkijan kulloisenkin tulkinnan erilaisuus samankaltaisestakin aineistosta, josta syystä reliaabelius ei aina tule ilmi. Myös tutkittava ilmiö voi muuttua ja muuttaa tuloksia, tutkimuksen silti ollen reliaabeli. Validein tutkimusmenetelmin saadaan oikea vastaus tutkimusongelmaan ja validius ilmenee myös siinä, onko tutkimuksen tietoperustassa oikeat käsitteet avattu oikein. (Hirsjärvi ym. 2000, 186 - 187.)

9.2 Opinnäytetyön tutkimuksen luotettavuus

Opinnäytetyön tutkimuksen kohderyhmäksi ja haastateltaviksi henkilöiksi valikoituivat diabetesasiakkaiden sijaan toimeksiantajan ehdotuksesta tyypin 2 diabetesasiakkaita hoitavat sairaanhoitajat. Sairaanhoitajien näkökulmaa aiheeseen voi perustella sillä, että heidän hoitosuhteensa tyypin 2 diabetesta sairastavien asiakkaiden kanssa on yleensä suhteellisen tiivis ja pitkäaikainen.

Joitakin haastatelluista sairaanhoitajista tunsin ennestään. Tällä saattoi olla haastatteluun ja aineistoon vaikutusta niin, että ymmärsin paremmin mitä he ilmaisullaan kulloinkin tarkoittivat. Toisaalta tämä aikaisempi tuntemus saattoi ohjata keskustelua ja edelleen saadun aineiston tulkintaa siihen suuntaan, mistä olin ehkä aiemmin heidän kanssaan keskustellut. Vaikka osa sairaanhoitajista ei ollut valmistautunut haastatteluun tai tutustunut teemoihin etukäteen, kaikki pystyivät kuitenkin luontevasti ja empimättä kertomaan teemojen aiheista haastattelun aikana. Luulen, että tämä kertoo heidän ammattitaidostaan ja työkokemuksestaan tyypin 2 diabetesasiakkaiden parissa.

Haastattelujen äänittäminen sujui ongelmitta. Vaikka jouduin yhden haastattelun osalta tekemään vain kirjalliset muistiinpanot, en katso sen muodostuneen tutkimuksen luotettavuutta vähentäväksi asiaksi. Haastattelu, josta tein vain kirjalliset muistiinpanot, oli järjestyksessään kuudes, ja minulle oli siihen mennessä kertynyt kokemusta sairaanhoitajien haastatteluista jo viiden haastattelun ja viiden haastattelun litteroinnin verran. Tämä auttoi minua poimimaan kuudennesta haastattelusta oleelliset asiat nopeasti kirjoittamalla talteen. Pidin kyseisen haastattelun aikana hieman pidemmät tauot teemojen esittämisen välillä asioiden muistiin kirjoittamista varten.

Kaikki teemat ehdittiin käsittelemään jokaisen haastattelun aikana. Teemoja en käynyt läpi aivan samassa järjestyksessä joka haastattelussa, vaan keskustelu oli vapaamuotoista. Teemojen aiheet olivat hyvin läheisesti toisiinsa sidoksissa, joten useasta teemasta saatettiin puhua samanaikaisesti ja toisaalta keskustelu eteni itsestään teemasta toiseen, varsinaisesti puheenaihetta tai teemaa vaihtamatta. Asiakkaiden elämän tyytyväisyyttä ja mahdollisia ajatuksia tulevaisuudesta oli hoitajien kaikkein vaikein arvioida. Helpointa hoitajien oli kuvailla asiakkaiden tuntei-

ta ja käyttäytymistä ensimmäisellä ohjauskäynnillä. Haastatellut sairaanhoitajat kuvasivat vuorovaikutusta asiakkaittensa kanssa vastaanotolla pääsääntöisesti avoimeksi ja luotettavaksi. Tämä on oleellinen asia opinnäytetyön tutkimuksen luotettavuuden kannalta, koska sairaanhoitajien aiempi havainnointi asiakkaistaan on ollut aineiston saamisen kannalta erityisen tärkeää. Koska sairaanhoitajat eivät olleet kuitenkaan havainnoineet asiakasta tarkoituksellisesti tätä tutkimusta varten, havainnointi ei ole ollut ehkä niin luotettava tiedon lähde, kuin että havainnointi olisi tehty tiedostetusti.

Sisällönanalyysi oli mielestäni hyvä valinta tämän opinnäytetyön tutkimusaineiston analyysimenetelmäksi. Menetelmänä se on suhteellisen yksinkertainen, vaikkakin työläs litteroidun aineiston ollessa suuri. Jos opinnäytetyön tutkimus toistettaisiin haastattelemalla seitsemää tyypin 2 diabetesasiakkaita hoitavaa sairaanhoitajaa ja analysoimalla aineisto sisällönanalyysillä, opinnäytetyön tutkimuksen aikaisen aineiston saturoitumisen perusteella tulokset saattaisivat olla hyvin samansuuntaisia. Toisaalta havaitsin tutkimusaineistossa joitakin paikkakuntakohtaisia ja hoitajan väestöpohjan koosta johtuvia eroavaisuuksia, jotka saattaisivat vaikuttaa myös mahdollisen uusintatutkimuksen tuloksiin jollain tasolla. Tutkimustehtäviin sain vastaukset, minkä perusteella arvioin, että haastattelun teemat ja niistä muotoutunut keskustelu olivat tarkoituksenmukaisia ja näin ollen tutkimus validi.

9.3 Opinnäytetyön tutkimuksen eettisyys

Olen halunnut tehdä opinnäytetyön tutkimuksen hyviä tutkimustapoja noudattaen, loukkaamatta kenenkään työtä, yksityisyyttä tai ihmisarvoa. Missään vaiheessa opinnäytetyön tutkimusta ei kerätty henkilötietoja. Haastatellut sairaanhoitajat saivat opinnäytetyön suunnitelman tutustuttavakseen 1 - 2 kuukautta ennen haastatteluja. Haastattelun teemat ja suostumuslomakkeen haastatteluun he saivat nähtäväkseen 2 - 4 viikkoa ennen haastattelua. Haastattelutilanteessa ennen haastattelua, allekirjoitettiin suostumuslomake haastatteluun ja sairaanhoitajat saivat päättää suostuvatko haastattelun nauhoittamiseen. Suostumuslomakkeessa muistutettiin siitä, että haastateltavilla oli mahdollisuus keskeyttää tutkimus omalta osaltaan tai kieltää antamiensa tietojen käyttämisen tutkimustarkoituksessa. Kieltäminen

oli mahdollista aineiston sisällönerittelyn valmistumiseen saakka, koska sen ja sisällönanalyysin jälkeen yksittäisessä haastattelussa annettua tietoa olisi enää ollut mahdotonta erottaa sisällönerittelyn ja -analyysin tuloksesta. Sisällönanalyysi toimii mielestäni hyvin käytettäessä yksilöhaastatteluja, koska yksittäisen henkilön ilmaisemat lausahdukset hajotetaan siinä osiin. Sisällönerittelyn tuloksena syntyvästä koosteesta ja sisällönanalyysissa saaduista tuloksista niitä ei pystytä enää erottamaan silloin, kun haastateltavia on useita. Tämä tukee haastateltujen henkilöiden anonymiteetin säilymistä.

Koska haastateltuja sairaanhoitajia oli vain seitsemän ja he olivat tietyistä peruspalvelukeskuksista, en katsonut aiheelliseksi ja eettisesti oikein olevaksi, että opinnäytetyön raporttiin olisi sisällytetty suoria lainauksia sairaanhoitajien puheesta ja vastauksista. Tämän vuoksi opinnäytetyön raportissa on esitelty tutkimustulokset yleisellä tasolla ja sisällönerittelyn avulla löydetty ilmaisut pelkistettyinä.

10 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tutkimuksen avulla saamani aineisto oli hyvin rikas. Tutkimuksen tuloksena syntyi mm. kuvaus tyypin 2 diabetesasiakkaiden erilaisista tunteista, joita ei mielestäni voi sivuuttaa heidän ohjauksessaan. Asettamani tutkimustehtävät olivat kysymykset tyypin 2 diabetesasiakkaita hoitavien sairaanhoitajien asiakkaisaan havaitsemista, sairauden aiheuttamista voimavaroja vähentävät tunteista ja kokemuksista, mahdollisten häpeän ja syyllisyyden tunteiden havaitsemisesta asiakkaassa sekä sairaanhoitajien nimeämistä keinoista, kuinka asiakkaiden voimavaroja voidaan lisätä. Olen opinnäytetyön tutkimuksen seitsemän haastattelun myötä saadun aineiston ja sen analyysin perusteella saanut vastauksia näihin tutkimustehtäviin. Tutkimuksessa esiin tulleet asiat voivat auttaa tyypin 2 diabetesasiakkaita hoitavia tahoja hoitotyön suunnittelussa tai sen arvioinnissa, kun pohditaan hoitotyötä asiakkaan henkisen jaksamisen kannalta.

10.1 Tyypin 2 diabetesta sairastavien voimavaroja vähentävät tunteet ja kokemukset

Kun asiakkaalla todetaan pitkäaikaissairaus, elämä muuttuu jotenkin. Asiakas muuttuu terveestä sairaaksi. Sairauden diagnosointi voi herättää monenlaisia kielteisiä tunteita asiakkaassa, kuten vihaa, pelkoa, syyllisyyttä tai ahdistuksen tunnetta. Elämänlaatu ehkä heikkenee ja elämän arvot voivat mennä uusiksi. Aikaisempi sosiaalinen rooli elämässä saattaa myös muuttua. (Routasalo & Pitkälä 2009, 16, 21.) Opinnäytetyön tutkimuksen tulosten perusteella tyypin 2 diabetekseen sairastuneilla on näitä tunteita sairauden toteamisen jälkeen. Péresin ym (2007) tavoin totean, että sairauden aiheuttama ensitieto tyypin 2 diabeteksestä saattaa herättää asiakkaassa pelkoa, vihaa ja vastustusta saatua diagnoosia kohtaan. Haastatellut sairaanhoitajat kertoivat myös epäuskoisuudesta diagnoosia kohtaan, hämmennyksestä, järkytyksestä, epäonnistumisen tunteesta, pettymyksestä, välinpitämättömyydestä, luovuttamisen tunteesta sekä kriittisyydestä diagnoosin oikeutta kohtaan. Ensitietoa antavan hoitajan on hyvä tiedostaa nämä mahdolliset tunteet ja lukea asiakkaan sanatonta viestintää, jotta osaisi antaa parhaan mahdollisen tuen hänelle. Sairaanhoitajat korostivatkin asiakkaan lukemista, varovaisuutta tiedon antamisessa sekä tiedon antamista asteittain. Ensivaikutelma sairaudesta tyypin 2

diabetesasiakkaita hoitavan sairaanhoitajan luona voi vaikuttaa asiakkaan suhtautumiseen omaan sairauteensa pidemmälläkin aikavälillä aiheuttaen joko positiivisia tai kielteisiä tunteita. Asiakkaan ensikäyntiin luonaan hoitajien kannattaa aivan erityisesti panostaa, jotta hoitosuhde ja sairauden omahoito saavat hyvän alun.

Asiakkaan käsityksellä sairauden mahdollisista syistä on vaikutus hänen tekemiinsä päätöksiin sairauden hoidon suhteen. Sairauteen suhtautumiseen vaikuttaa lisäksi asiakkaan ja mahdollisesti koko perheen arvomaailma ja uskomukset. Se, missä roolissa asiakas on sosiaalisessa elämässään, näyttäytyy saman roolin ottamisena sairauden omahoidossa. Totuttu rooli vaikuttaa myös kykyyn ottaa vastuuta sairauden hoitamisesta. (Pitkäsalo ym 2009, 11.) Ajatukset tulevaisuudesta ja odotetut tulevaisuuden näkymät joko antavat terveydenhuollon asiakkaalle voimavaroja tai vievät niitä. Myös asuminen ja työnäkymät vaikuttavat asiakkaiden voimavaroihin. (Voimavaralähtöiset menetelmät 2014.) Eräs haastateltu sairaanhoitaja kertoikin työttömyyden ja epävarman työllisyystilanteen näkyvän diabetesvastaanotolla yleisenä pahanolon tunteena ja vievän asiakkaiden omahoitoon käytettävissä olevia voimavaroja.

Árcega-Domínguez (2005, 676), Begiristainin ym. (2002, 42 - 43), Rivas Acuña (2006, 67) ovat tutkimuksissaan päätyneet siihen, että naissukupuoli alentaa tyyppin 2 diabetesta sairastavan koettua elämänlaatua. Voisiko tähän tutkimustulokseen olla syynä Malisen (2005, 115) esiintuoma asia siitä, että naiset tuovat tunteensa avoimemmin esiin, miesten kokiessa pärjäämisen pakkoa? Tätä asiaa sekä naisten ja miesten eroa suhtautumisessa sairauteensa voidaan pohtia tyyppin 2 diabetesasiakkaiden ohjauksessa.

10.2 Tyyppin 2 diabetesta sairastavien häpeä ja syyllisyys

Sairastuminen voi leimata ihmisen. Mielenterveyden häiriön lisäksi tällainen voi olla myös elintapasairaus. Elintapasairauksiin liittyy monesti ylipaino johon suhtautumiseen liittyy ajatus siitä, ettei ihminen pysty hillitsemään itseään tai hallitsemaan tekemisiään ja on näin itse aiheuttanut sairastumisensa. Leimautuminen voi tapahtua ympäristön tai yksilön itsensä taholta ja se aiheuttaa leimaantuneessa häpeää ja syyllisyyttä. Leimautunut saattaa tuntea itsensä ala-arvoiseksi. Ihmisten kyky sietää leimautumista, häpeää ja syyllisyyttä vaihtelee. (Kaltiala-Heino, Pou-

tanen & Välimäki 2001.) Häpeään liittyy sitä edeltävä epäonnistuminen. Se saa aikaan korjaavaa toimintaa tai ainakin yksilön halua siihen. Häpeä liittyy edeltäen myös masennuksen ja paniikkihäiriön syntyyn. (Rechardt & Ikonen 1994.) Tyypin 2 diabetekseen sairastuneet voivat tuntea syyllisyyden tunnetta sairastumisestaan sekä siitä, miten jaksavat sen omahoitoa toteuttaa. (Jaksaminen 2014.) Opinnäytetyön tutkimuksessa tuli esiin monia asioita, joiden sairaanhoitajat olivat havainneet aiheuttavan asiakkaissa häpeää tai syyllisyyttä. Aiempi teoria tukee näitä havaintoja. Vaikka kaikki hoitajat eivät olleet havainneet selkeää asiakkaiden tuntemaa syyllisyyttä huonosta hoitotasapainosta tai omahoidon huonosta toteutumisesta, haastatteluissa esiin tullut välinpitämättömyys mitattuja verensokeriarvoja ja sairautta kohtaan yleisesti saattaa joskus kertoa jonkinlaisesta asiakkaan peitetyistä syyllisyyden tunteista: Siitä, ettei ole kuitenkaan jaksanut panostaa omahoitoon, kuten oli ehkä ajatellut, tai kuten sairaanhoitaja neuvoi edellisellä käynnillä ja asiakas suhtautuu tästä syystä asiaan, kuin se ei olisi ollenkaan tärkeä.

Häpeän ja syyllisyyden tunteiden syntyä on määritelty niin, että ihminen kiinnittää huomiota liiaksi omaan itseensä (Malinen 2010, 9). Diabetesta sairastavan tulee kin kiinnittää hyvin paljon huomiota omaan itseensä, ihan siitä syystä että keho ei toimi aina kuten pitäisi. Tämä saattaa altistaa näiden voimavaroja vähentävien tunteiden kokemiselle, kun oman itsensä tarkkailua edellytetään sairauden hoitamisenkin vuoksi. Häpeän ja syyllisyyden tunteet ovat kuitenkin hyvin tärkeitä. Ilman niitä ihminen ei osaisi toimia oikein. Silloin kun ne eivät saa yliotetta, vaan ohjaavat oikeaan suuntaan, niiden olemassaolo on hyödyllistä. Omahoidossa kuten muussakin toiminnassa tarvitaan jonkin verran näitä ihmiselle luontaisia tunteuksia. Häpeän tunnetta on kuitenkin hyvin vaikea tutkia niin, ettei asiaa kysytä tunteen tuntijalta itseltään. Tunne on vaikea, se pidetään mielellään salassa ja sitä ei tiedosteta usein itsekään. Malisen (2003, 119, 125, 194) mukaan viha ilmenee usein rinnakkain häpeän ja syyllisyyden kanssa ja on seurausta ihmisen riittämättömyyden tunteesta, avuttomuudesta, pelosta ja ahdistuksesta. Läheisesti ihmisen omakohtaisesti tunnistettuun ja mahdollisesti myös salattuun häpeän tunteeseen liittyy myös masennus.

10.3 Masennus tyypin 2 diabetesasiakkaila

Tämän opinnäytetyön tutkimuksen tulosten perusteella voidaan olettaa, että tyypin 2 diabetesta sairastavilla on masennusta, kuten myös Hervás ym (2006), Péres ym (2007) ja Rivas Acuña (2006, 67) ovat aiemmin todenneet. Sairaanhoitajat kertoivat masennuksen yleisyydestä tyypin 2 diabetesasiakkaila. Ei ole kuitenkaan itsestäänselvyys, että diabetesta sairastava masentuisi, eikä diabeteksen ja masennuksen yhteyttä toisiinsa tunneta aivan tarkkaan (Vehmanen 2007). Todennäköisiä masentumisen syitä ovat pitkäaikaisairauteen sairastuminen, joka on henkisesti hyvin raskasta sekä diabeteksen omahoidon vaativuus (Vehmanen 2007). Koska diabetes on aineenvaihduntasairaus, saattaa se hyvinkin liittyä masennuksen syntyn. Aiemman tutkimustiedon perusteella masennukseen liittyy aivojen aineenvaihdunnan häiriö aivojen limbisen keskuksen ja aivokuoren välillä. Ihmisen tunne-elämä on kiihtynyttä, mutta tunteiden säätely ja käsittely ovat heikentyneet. Masentuneen ihmisen kognitiivinen toimintakyky ei ole myöskään parhaimmillaan. Tämä tarkoittaa aloitekyvyttömyyttä sekä vaikeuksia päätöksenteossa ja asioiden loppuun saattamisessa. (Masennus 2014a: Masennus 2014b.) Negatiivisten tunteiden kokeminen lisää stressiä ja sympaattisen hermoston toimintaa. Tällöin ihmisen on vaikeampi tuntea onnistumisen kokemuksia, toimintakyky on heikentynyt ja tunteiden säätely vaikeutunut. (Korkeila 2008, 683, 690.) Tämä saattaa heikentää edelleen unta ja rentoutumisen mahdollisuuksia, mikä taas vähentää käytettävissä olevia voimavaroja. Tämän opinnäytetyön tutkimuksen tulokset tyypin 2 diabetesta sairastavien masennuksen yleisyydestä ja elämän jonkinasteisesta hallitsemattomuudesta saavat mielestäni tukea aiemmasta tutkimustiedosta masennuksen, stressin, aivojen aineenvaihdunnan sekä kognitiivisen toimintakyvyn yhteyksistä, jos ajatellaan että ihmisen aineenvaihdunta on kokonaisuus. Jos asiakas tuntee vihaa tai muita selvästi voimavaroja vähentäviä tunteita tunteita omaa sairauttaan kohtaan, johtuu se ehkä juuri tästä tunne-elämän kiihtyneisyydestä ja tunteiden käsittelemättömyydestä ja ehkä juuri aineenvaihdunnan häiriintymisen takia. Ihmisen ollessa kokonaisuus, mahdollisia asiayhteyksiä ei voida mielestäni unohtaa.

Myös Laake, Stahl, Amiel, Petrak, Sherwood, Pickup ja Ismailin (2014) tutkimuksessa on löydetty uusi yhteinen tekijä masennuksen ja tyypin 2 diabeteksen välillä. Tutkimuksessa tutkittiin tuoreiden tyypin 2 diabetesta sairastavien veren

tulehdusarvojen yhteyttä masentuneisuuteen ja todettiin näiden korreloivan keskenään. Tutkijat tekivät johtopäätöksen, että kun tyypin 2 diabetesta sairastavan veren tulehdusarvot ovat koholla, lisää se heidän riskiään masentuneisuuteen ja on siten osallisena suurentuneeseen riskiin saada edelleen vakavia komplikaatioita. (Laake ym. 2014.) Psykologi J. Marttila kehottaa käyttämään masennusseuloja kaikilla pitkäaikaissairaille. Toisaalta masennustestit toimivat välineenä vain silloin, kun asiakas pystyy myöntämään mahdollisen masennuksensa. (Heiskanen-Haaranen 2012.)

10.4 Asiakkaiden voimavarat ja niiden lisääminen

Terveystieteiden asiakasta voimaannuttava tärkeä tekijä on hoitohenkilöstön antama helposti ymmärrettävä tieto. Se on edellytys asiakkaan omaan osallistumiseen sairautensa hoitamiseen. (Tuorila 2009, 102, 106.) Ymmärrettävän tiedon antamisen asiakkaalle kokivat erittäin tärkeäksi myös kaikki haastatellut sairaanhoitajat. Opinnäytetyön tutkimuksen tulosten perusteella tyypin 2 diabeteksen omahoito vaatii asiakkaalta paljon voimavaroja sekä sairauden käytännön hoitamiseen että tunteiden käsittelyyn, joita oma sairaus herättää. Verensokerin mittaaminen ja tulosten oma-arviointi saattaa työllistää hyvinkin paljon asiakasta kotiloissa. Jos sairastamiseen liittyy lisäksi jonkinasteinen henkinen kuormitus, voimavaroja tarvitaan vielä enemmän. Sairaanhoitajan läpikäymät ja ohjeistamat asiat unohtuvat asiakkaalta monesti kotona ja hoitajien kertoman mukaan monet asiakkaat tuntuvat tekevän kotimittauksia vain hoitajan luona käyntiä varten, eivätkä ole selvästikään ymmärtäneet ohjauskäynnin todellista luonnetta. Väärin tai huolimattomasti toteutettu omahoito vie asiakkaan voimavaroja turhaan ja hoidon tavoitteet jäävät saavuttamatta. Tuorilan (2009, 102) mukaan asiakkaan huono voimaantuminen on kallista yhteiskunnalle heikentäen hoidon vaikuttavuutta sekä lisäten asiakkaiden lääkityksen tarvetta.

Kun asiakkaan voimavaroja pystytään lisäämään, hänellä on paremmat edellytykset tehdä ratkaisuja oman terveytensä hoitamisen suhteen ongelmallisissakin asioissa. Voimaantuminen on asiakkaan kykyjen, mahdollisuuksien, hyvinvoinnin ja vaikutusmahdollisuuksien lisääntymistä. Voimaantunut asiakas pystyy paremmin myös itse ylläpitämään ja säilyttämään voimavarojaan. Toisaalta voimavarat eivät

ole pysyviä. Voimavarojen lisääntyminen on hyvin asiakaslähtöistä, eikä hoitaja voi niitä suoraan lisätä. (Routasalo ym 2009, 13 - 14.) Opinnäytetyön tutkimuksen tuloksissa tuli esiin, että voimavarojen taso asiakkailla vaihtelee, mutta joidenkin asiakkaiden voimavarojen taso vaikuttaa hoitajista pysyvästi matalalla olevalta. Tämä johtunee siitä, että kun voimavaroja on enemmän, niiden taso vaihtelee kausittain ja se on havaittavissa ulospäin. Mutta silloin kun voimavaroja ei ole paljon, niiden nostaminen on erittäin vaikeaa ja matalalla oleva taso voi näyttää ulospäin hyvin pysyvältä. Heiskanen-Haarala (2012) kirjoittaa Diabetes- lehdessä psykologi J. Marttilan näkemyksiä jaksamisesta. Silloin kun olemme voimissamme, jaksamme välittää itsestämme ja hyvinvoinnistamme. Mutta kun erityisesti tarvitsemme huolenpitoa, meillä onkin hyvin vähän voimavaroja panostaa omaan terveyteemme ja hyvinvointiimme. Diabeteksen hoitaminen ei ole asiakkaalle pikku juttu ja näin ei ole ihme, että välillä siihen väsyä. Diabetesta sairastava voi pelätä komplikaatioiden lisäksi sitä, että joutuu myöntämään tarvitsevänsä muiden ihmisten apua. Psykologilla käynti voi antaa uusia eväitä sairauden hoitamisen henkiseen puoleen ja jaksamiseen. Jotkut psykologit ovat erikoistuneet diabetesta sairastavien hoitoon. Muutamakin psykologilla käynti voi auttaa voimavarojen kartuttamisessa. Vertaistuki on myös hyvin tärkeä diabetesta sairastavan voimavaroja lisäävä tekijä. Pitkäaikaissairaus on ihmiselle ylimääräinen taakka, joka vie paljon voimavaroja. Parhaiten sen ymmärtävät ne, jotka sen ovat kokeneet.

Haastatteluissa tuli esiin, että median julistamat asiat jäävät asiakkaille mieleen ja he omaksuvat ne hyvin. Medialla tarkoitetaan tässä television, radion, Internetin ja lehtien välittämää tietoa. Tähän on varmastikin syynä se, että mediassa asiat esitetään toistaen, selkokielellä ja usein hyvin kärjistäen; median tapa tuoda asiat esille on erittäin tehokas. Sairaanhoitajatkin pitävät tärkeänä asioiden selkokielisyyttä ja kertausta tyypin 2 diabetesasiakkaan ohjaustilanteessa, joskin yhtenä tavoitteena on asiakkaan rauhoittaminen ja turvallisuuden tunteen luominen, eikä suinkaan asioiden kärjistäminen. Median esiintuomilta asioilta on vaikea nykypäivänä välttyä, joten sen vaikutus asiakkaiden ajatuksiin tulee mielestäni tiedostaa, jotta väärinkäsityksiltä välttyttäisiin tai ne osattaisiin ohjaustilanteessa korjata.

Nykypäivänä asiakkaat osaavat etsiä oikeaa tietoa Internetistä ja hoitohenkilöstö usein kehottaakin heitä siihen. Asiakkaille on laadittu helposti ymmärrettävät versiot Käypä hoito- suosituksista. Terveyspalvelujen muuttuessa yhä enemmän asi-

akkaan itsenäistä toimintaa suosiviksi, asiakkaan oma tieto sairaudesta ja sen hoidosta on tärkeässä asemassa. Vaikka Internetissä on paljon epäluotettavaakin tietoa sairauksista ja niiden hoitamisesta, esimerkiksi keskustelupalstat ovat kuitenkin tärkeitä vertaistuen kanavia sairastuneille. Toisaalta dosentti M. Myllykankaan mukaan tiedon löytäminen palanen kerrallaan sieltä täältä luo väärän kokonaiskuvan sairaudesta ja sen hoidosta. (Tuorila 2009, 107 - 108.)

Terveystieteiden tutkimusten mukaan voimaantuneisuuteen vaikuttaa olennaisesti läheisten olemassaolo. Asiakkaan läheisten ihmisten voimaantuminen tukee sairastuneen omaa voimaantumista. (Tuorila 2009, 106.) Puolison olemassaolo on hyvin keskeinen ihmisen voimavaroja lisäävä tai toisaalta myös mahdollisesti kuormittava tekijä (Voimavaralähtöiset menetelmät 2014). Opinnäytetyön tutkimuksen tuloksissa puolison olemassaolo tulee esiin tyypin 2 diabetesta sairastavan voimavaroja vahvistavana tekijänä. Myös Árcega-Domínguez ym (2005, 676) olivat havainneet, että puolison olemassaolo tukee tyypin 2 diabetesta sairastavan omahoitoa.

Se, että osa asiakkaista löytää mahdollisuuden tuoreen diabetesdiagnoosin saamisessa, on positiivisesti yllättävää. Opinnäytetyön tutkimuksen tulosten perusteella tyypin 2 diabetekseen sairastuneet voivat kokea myös helpotuksen tunnetta sairauden diagnosoimisen jälkeen, kuten myös Routasalo ym (2009, 16) mainitsevat. Ehkä asiakkaat kokevat saavansa tilaisuuden yksilölliseen ja laadukkaaseen elintapaohjaukseen perusterveydenhuollossa ja tukea myös aiemmin diagnosoimattoman diabeteksen takia osittain hallitsemattomaan elämäänsä. Ehkä he tuntevat itsekin, että elintavoissa on korjaamisen varaa, ja nyt heillä on tuettu mahdollisuus siihen. Toisaalta Malinen (2003, 115) mainitsee, että uuden alun kaipuu saattaa olla riittämättömyyden tunteen tai epäonnistumisen pelon aiheuttamaa, vaikka mikään ei välttämättä olisikaan huonosti.

Tämän opinnäytetyön tutkimuksessa tuli esiin, että tyypin 2 diabetesta sairastavien elämä voi olla sekavaa ja välillä jopa kaaoksen omaista. Joissain tilanteissa asiakkaan voimavarojen lisääntyminen edellyttäisikin elämän jonkinlaista selkeytymistä ja toisaalta voimavarojen lisääntyminen auttaisi selkeyttämään elämää. Jos moni asia on pielessä, on vaikea lähteä sekavaa vyyhtiä purkamaan. Kun ensimmäisenä kiinnitetään huomio kaikkein perustavimpiin asioihin asiakkaan elämässä kuten ravintoon, liikkumiseen, nukkumiseen, oikein mitoitettuun lääkehoitoon ja

arjen perusrytmiin, voidaan saada paremmat lähtökohdat myös muiden asioiden selvittämiseen. Diabeteksen Käypä hoito- suosituksessa (2013, 12) mainitaan, että laadukas ja hyvin toteutettu ohjaus antaa asiakkaalle mahdollisuuden saada sairautensa hallintaan oikeiden keinojen löytymisen kautta. Tutkimusaineistossa tämä tulee mielestäni esiin sairaanhoitajien kertomana läsnäolevana hoitamisena, asiakkaan tukemisena, yhteisymmärrykseen panostamisena sekä selkeiden ja konkreettisten tavoitteiden laatimisena. Routasalon ym (2009, 17 - 21) mukaan abstrakteista tavoitteista muotoillaan mahdollisesti montakin pienempää ja hyvin konkreettista välitavoitetta, joiden kautta edetään päätavoitteeseen yksi kerrallaan. Asiakkaan voimavarojen mukaan, konkreettisissa tavoitteissa edetään yksi tai useampi kerrallaan. On kuitenkin havaittu, että asiakkaille elintapamuutokset ovat vaikeampia toteuttaa kuin lääkehoito. Kolmasosa pitkäaikaissairaista pystyy parantamaan ruokavaliotaan pysyvästi ja alle kymmenesosa onnistuu laihduttamaan.

Omat voimavarat sekä niihin vaikuttavat tekijät tulee tunnistaa, jotta voimavaroihin pystyy tiedostetusti vaikuttamaan. Voimaantumista edistää, kun kuormittavia tekijöitä pyritään jakamaan eri ajanjaksoille. (Voimavaralähtöiset menetelmät 2014.) Toivottu elintapamuutos voidaan mielestäni nähdä aluksi asiakasta kuormittavana tekijänä, koska se vaatii ponnisteluja ja jaksamista. Tästä syystä onkin hyvä, että tavoitteisiin pyrkimisessä ja elintapamuutoksissa edetään yksi konkreettinen asia kerrallaan, kuten haastatellut sairaanhoitajat korostivat. Näin käytännössä voidaan jakaa kuormittavia tekijöitä eri ajanjaksoille.

Tietoperustassa käsittelin myös tyypin 2 diabeteksen ja unen yhteyttä toisiinsa. Vaikka en varsinaisesti tätä yhteyttä tutkinut, halusin tuoda asian esille sen ollessa eräs mahdollinen vaikuttaja tyypin 2 diabetesasiakkaan voimavarojen vähenemiseen. Toivon, että sairaanhoitajat pohtisivat diagnosoimattoman uniapnean mahdollisuutta asiakkaalla, jolla voimavarat tuntuvat olevan hyvin vähissä, koska jokin yhteys tyypin 2 diabeteksen ja uniapnean välillä tutkimusten mukaan on. Vaikka asiakas olisi tyytyväinen nukkumiseensa ja tyytyisi esimerkiksi viiden tunnin yöuniin, päivänokosiin ja kahvikupillisiin, ei tämä poissulje sitä, että elämisen todellinen univaje altistaisi pitkällä tähtäimellä kroonisten sairauksien puhkeamiselle tai niiden pahentumiselle. Haastattelun teemoissa ei ollut yhtenäkkään aiheena asiakkaiden uni. Olisin voinut muodostaa hakemani tietoperustan avulla teeman koskien sairaanhoitajien havaitsemia asiakkaiden mahdollisia

uniongelmia. Unta ja nukkumisen laatua pystyy mielestäni kuitenkin parhaiten arvioimaan subjektiivisesti, ja tästä aiheesta olisikin ollut hyvä päästä kysymään suoraan asiakkailta itseltään.

10.5 Vuorovaikutus vastaanotolla

Hoitosuhteen tulee olla hyvä ja luottamuksellinen, jotta vuorovaikutuksen ja havainnoinnin kautta saatu tieto asiakkaan sairauden tilanteesta olisi oikeaa. Vuorovaikutuksen toimivuus ei ole pelkästään hoitohenkilöstöstä riippuvaa, vaan tähän vaikuttaa oleellisesti myös asiakkaan luonne ja käyttäytyminen ohjaustilanteessa. Hoitajat haluavat olla asiakasta kohtaan hienotunteisia, kunnioittavia ja kannustavia sekä tukea häntä pienissäkin onnistumisissa. Joskus on hyvä varmasti olla tarkkana, ettei hoitajan hienotunteisuuden myötä synny asiakkaalle väärää kuvaa hoitotasapainon riittävydestä tilanteissa, joissa se ei oikeasti kuitenkaan riitä.

Yksi haastatelluista sairaanhoitajista korosti erityisesti sitä, että vastaanottotilanteen voi pitää hauskana tilanteena, jossa huumorilla on sijaa, eikä tiukkapipoisuutta sallita. Tätä näkökulmaa asiakkaan kohtaamiseen tukee tietoperustassa esiintuomani asia vaikeiden asioiden käsittelystä: Malisen (2005, 216 - 218) mukaan itselleen nauramisen taito, huumori, rentous ja tilannekomiikka ovat tällaisessa tilanteessa avuksi. Opinnäytetyön tutkimuksen haastattelujen perusteella sairauden ymmärtäminen arkipäiväiseksi parantaa ohjaustilanteessa tapahtuvaa vuorovaikutusta. Uskon, että tämä edesauttaa myös tyypin 2 diabetesta sairastavan omahoidon toteutumista. Kun asiakas on voimaantunut, myös vuorovaikutus hoitohenkilöstön kanssa toimii paremmin (Tuorila 2009, 105). Jos asiakas pystyy kertomaan kielteisistä tunteistaan ääneen, tunteet voivat siiden jäsentymisen kautta helpottua. Olemalla läsnä hoitotilanteessa ja kuuntelemalla asiakasta yritetään saada hänet hyväksymään kielteisetkin tunteet osana pitkäaikaissairastamista. (Routasalo ym 2009, 21.) Vastavuoroinen keskustelu edellyttää puhekuomppanin aikaisempaa kuuntelua. Kun pystytään keskustelemaan vastavuoroisesti, parantaa se terveydenhoitohenkilöstön työn tehokkuutta. Asiakas voimaantuu jo pelkästään siitä, että häntä kuunnellaan ja ollaan läsnä. (Dialogisuuden muodostaminen ammattilaisen ja perheen välillä 2014.)

10.6 Johtopäätökset

Sairaanhoitajien haastattelujen aikana, sekä litteroitua aineistoa myöhemmin analysoidessani tuli mielestäni selvästi esiin se, kuinka vahva kokemuksen tukema ammattitaito tyypin 2 diabetesasiakkaita hoitavilla sairaanhoitajilla on omassa työssään. Tiettyä asiakasryhmää hoitavissa, kokeneissa sairaanhoitajissa on suuri voimavara, joka voidaan hyödyntää perusterveydenhuollossa mahdollistamalla heidän työnsä tekeminen. Opinnäytetyön tutkimuksen tulosten perusteella voi mielestäni ajatella, ettei tyypin 2 diabetesasiakkaiden ohjausta voida toteuttaa laadukkaasti, jos heitä hoitavilla sairaanhoitajilla ei ole kokemusta juuri näiden asiakkaiden kohtaamisesta ja hoidon ohjauksesta. Diabetesasiakkaiden asiat ovat hyvin moniulotteisia niihin liittyessä myös paljon tunteita, eikä ohjauskäyntejä voida toteuttaa rutiininomaisesti, jos päämääränä on asiakkaan kokonaisvaltainen ja laadukas hoito. Sairaanhoitaja tarvitsee näyttöön perustuvan sekä kokemusperäisen tiedon lisäksi tilannetajua ja empaattisuutta, sekä usein myös siirtymistä oman mukavuusalueen ulkopuolelle.

Haastattelujen perusteella tyypin 2 diabetesasiakkaita hoitavilla sairaanhoitajilla on usein kiire toteuttaa ohjauskäynti, koska se sisältää paljon läpikäytävää asiaa. Jokaisen asiakkaan yksilölliset tekijät: hoitotasapaino, elämän tilanne, asiakkaan tyyli, tunteet jne. tuovat vastaanottokäynnin läpikäymiseen lisähaasteita. Myös hoitajan tai asiakkaan kesken kaiken soiva puhelin tai esimerkiksi kollegan konsultointi, vie varsinaiselta ohjaukselta aikaa. Sairaanhoitajia haastatellessa tuli selvästi esiin heidän kokemansa kiire, asiakkaiden runsas lisääntyminen suhteessa hoitajien aikaan ja voimavaroihin, sekä joskus myös joidenkin työpäivän aikaisten taukojen pitämisen mahdottomuus. Jotta hoitaja pystyisi vahvistamaan asiakkaitensa voimavaroja, olisi terveydenhuollossa tärkeää pitää huolta myös tyypin 2 diabetesasiakkaita hoitavien sairaanhoitajien voimavaroista ja niiden säilymisestä. Vaikka hoitajat haluavat luoda asiakkailleen kiireettömän tunnelman vastaanotto-tilanteeseen jatkuvasta omasta kiireestään huolimatta, saattaa hoitajan oma riittämättömyyden tunne vaikuttaa pitkällä aika välillä työn tulokseen.

Sairaanhoitajien mukaan tyypin 2 diabetesasiakkaat pitävät yleensä hyvin tärkeänä sitä, että verensokerin kotimittaukset käydään läpi ohjauskäynnillä, vaikka he kokevatkin sen välillä jopa pelottavana asiana. Sairaanhoitajan kommentointi

mittausarvoista tuo asiakkaalle mielenrauhaa ja turvallisuuden tunnetta, vaikka mittaustulokset jäisivätkin tavoitteista. Näin ollen voidaan mielestäni olettaa, että monet asiakkaat luottavat sairaanhoitajan tekemään arvioon sairauden sen hetkisestä tilanteesta. Opinnäytetyön tutkimusaineiston perusteella asiakas, jolle diabetes on ensimmäinen pitkäaikaissairaus, unohtaa läpikäydyt asiat helpommin kuin asiakas, jolla on ennestään jo sairauksia. Tästä voidaan mielestäni ajatella, että useat vastaanottokäynnit terveydenhuollossa saattavat antaa asiaan varsinaisesti kouluttamattomallekin ihmiselle tavallista laajemmin ymmärryksen ihmiskehon toiminnasta. Näin asiakkaan useammat pitkäaikaissairaudet toisaalta tukevat omahoitoa niiden antaman kokemuksen kautta, mutta myös uuvuttavat ja aiheuttavat turhautuneisuuden tunnetta sekä hoitoväsymystä. Vaikka asiakkaat saattavat kokea ohjauskäynnit osittain pakonomaisina tai vastenmielisinäkin, ovat ne kuitenkin tärkeitä voimavaroja antavia hetkiä tyypin 2 diabetesta sairastaville. Sairaanhoitajat kertoivat asiakkaan useimmiten lähtevän vastaanotolta hyvällä mielellä ja uusin eväin.

Tietoperustaan tutustuessani minulle heräsi ajatus, että ulkomailla tyypin 2 diabetes olisi ehkä hieman enemmän tabun omainen kuin Suomessa. Toisaalta erilaista näkökulmaa näihin tutkimustuloksiin antaa varmasti myös se, että en omassa tutkimuksessani kysynyt asiaa suoraan tyypin 2 diabetesasiakkailta itseltään, vaan heitä hoitavalta taholta. Valitsemistani ulkomaisista tietoperustan lähteistä saa mielestäni kuitenkin vahvistusta sille, että tyypin 2 diabeteksen aiheuttamaan henkiseen kuormitukseen liittyvät ongelmat ovat kansainvälisesti yhteisiä.

10.7 Opinnäytetyön hyödynnettävyys terveydenhuollossa ja jatkotutkimusehdotukset

Hoitotyössä tulee ottaa huomioon asiakas kokonaisuudessaan, kaikkine tunteineen. Asiakkaat ovat erilaisia ja heidän tunteensa vaihtelevat elämäntilanteen mukaan. Tunteilla on merkitystä tyypin 2 diabetesasiakkaiden hoitotyössä, koska suurin osa sairauden hoidosta tapahtuu muualla kuin vastaanotolla. Katson, että tällä tutkimusaiheella on hyvin paljon merkitystä hoitotyön kehittymiselle. Muutama haastatelluista sairaanhoitajista sanoikin, että oli hyvä, kun haastattelun myötä he tulivat pohtineeksi asiakkaiden voimavaroja useista eri näkökulmista. Opin-

näytetyön tutkimuksen tuloksia voivat hyödyntää kaikki tyypin 2 diabetesta sairastavien hoitoa suunnittelevat ja toteuttavat tahot. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan pohtia ja mahdollisesti hyödyntää myös muiden pitkäaikaissairauksien hoitotyössä, koska samanlaisia tunteita ja muita asiakkaan jaksamiseen liittyviä asioita voi esiintyä muillakin kuin tyypin 2 diabetesasiakkaila. Myös sairaanhoitajien esiintuomia keinoja asiakkaiden voimavaroja lisäävistä asioista voidaan soveltaa mahdollisesti muuhunkin hoitotyöhön.

Opinnäytetyön tutkimuksen tulosten perusteella mietin, voiko samankaltaisia asioita tulla esiin muita pitkäaikaissairauksia sairastavien keskuudessa? Esimerkiksi tutkimus keuhkohtaumapotilaiden suhtautumisesta sairauteensa sekä heidän voimavaroistaan voisi olla ajankohtainen. Kokemukseni perusteella olen havainnut, että myös keuhkohtaumapotilaat jättävät joskus saapumatta sovituille ohjauskäynneille. Tästä syystä olen pohtinut myös heidän henkistä jaksamistaan.

Tyypin 2 diabetesta sairastavien arjessa jaksamisen tärkeys ja sairauden henkinen kuormittavuus ovat selvästi kansainvälisestäikin tunnistettuja ja tunnustettuja asioita. Olisi kiinnostavaa saada tietoa naapurimaistamme, esimerkiksi Ruotsista tai Virosta, kuinka tyypin 2 diabetesasiakkaita hoitavat sairaanhoitajat näissä maissa arvioivat asiakkaittensa henkistä jaksamista ja miten asia näkyy heidän vastaanotoillaan. Tämänkaltaiset tutkimukset opinnäytetöinä voisivat ehkä olla mahdollisia ja toteutua nykyään runsaslukuisten ammattikorkeakoulujen vaihto-opiskelijoiden avulla.

Eräs jatkotutkimusaihe voisi olla tästä samasta aiheesta tehty tutkimus näkökulmana, kohderyhmänä ja haastateltavana itse tyypin 2 diabetesasiakkaat. Aihe tosin on hyvin arkaluonteinen. Tutkimustulokset saattaisivat olla erityyppisiä juuri tämän arkaluonteisuuden ja toisaalta myös vastausten autenttisuuden vuoksi. Tarpeellista olisi saada myös lisää tietoa diabetesta sairastavien masennuksesta: sen laadusta, ilmenemismuodoista ja mahdollisista syistä. Mielenkiintoista olisi tehdä myös tutkimus siitä, kuinka pariskunta, joilla molemmilla on tyypin 2 diabetes, pystyy tukemaan toisiaan sairauden omahoidossa.

LÄHTEET

- Árcega-Domínguez, A., Lara-Muñoz, C. & Ponce-de-León-Rosales S. 2005. Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. Instituto Mexicano del Seguro Social. Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Rev Invest Clin 2005; 57 (5): 676-684. Saatavissa: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ric/v57n5/v57n5a4.pdf>
- Austin, D., Reichmuth, K., Skatrud, J. & Young T. 2005. Association of Sleep Apnea and Type II Diabetes. University of Wisconsin Medical School and Department of Population Health Sciences. Journal of respiratory and critical care medicine vol 172/2005. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2718458/pdf/AJRCCM172121590.pdf>
- Begiristain, J., Larrañaga, I., Mar, J. & Martín, U. 2002. Desigualdades socioeconómicas y de género en la calidad de vida de los pacientes diabéticos. Inguruak.44.2007. Saatavissa: <http://www.opikertu.org/dmdocuments/37desisogen.pdf>
- Blomster, S. 2001. Musta, valkoinen häpeä. Lohja: Karas-sana.
- Calverley, P., Coughlin, S., Mawdsley, L., Mugarza, J. & Wilding, J. 2004. Obstructive sleep apnoea is independently associated with an increased prevalence of metabolic syndrome. University of Liverpool. Department of Medicine. Clinical Sciences Centre. European Heart Journal (2004) 25, 735–741. Saatavissa: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/25/9/735.full.pdf+html>
- Diabetes. 2013. Käypä hoito- suositukset. Diabetes [viitattu 28.3.2014]. Duodecim. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50056.pdf>
- Dialogisuuden muodostaminen ammattilaisen ja perheen välillä. 2014. THL. Työn tueksi. Periaatteet. Dialogisuus ammattilaisen ja perheen välillä. Dialogisuuden muodostaminen ammattilaisen ja perheen välillä [viitattu 31.8.2014]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/periaatteet/dialogisuus_ammattilaisen_ja_perheen_valilla

Eksenatidi. 2014. Lääkekorvaukset. Eksenatidi [viitattu 30.6.2014].

Kansaneläkelaitos. Saatavissa: <http://www.kela.fi/laake160>

Garza Elizondo, M., Calderón Dimas, C., Salinas Martínez, A., Núñez Rocha, G. & Villarreal Ríos, E. 2003. Atribuciones y creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2. Rev Med IMSS 2003; 41 (6): 465 - 472. Saatavissa: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/im036b.pdf>

Heiskanen-Haarala, I. 2012. Pysyvä sairaus on ylimääräinen kuorma - Psykologi voi auttaa elämän solmukohdassa. Diabetes 3/2012. Saatavissa: http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden_juttuarkisto/motivaatio_ja_jaksaminen/pysyva_sairaus_on_ylimaarainen_kuorma_-_psykologi_voi_auttaa_elaman_solmukohdassa.4154.news

Hervás, A., Beldarrain, O., De Miguel, G., Díez, J. & Zabaleta, A. 2006. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Centro de Salud de Tafalla. Navarra. An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30 (1): 45 - 52. Saatavissa: <http://arsenopirita.boumort.cesca.cat/index.php/ASSN/article/view/2112/1540>

Himanen, O. 2011. Diabeteksen kanssa elämisen aakkoset. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M. & Sane, T. (toim.) 2011. Diabetes. 7., uudistettu panos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 49 - 50.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

The IDF Consensus Statement on sleep apnoea end type 2 diabetes. 2008. International Diabetes Federation. Belgia: IDF Communications. Saatavissa: http://www.idf.org/webdata/docs/APNOEA_final.pdf

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.

Ilanne-Parikka, P. 2011. Diabetes ja tupakointi. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M. & Sane, T. (toim.) 2011. Diabetes. 7., uudistettu panos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 211.

Jaksaminen. 2014. Diabetesliitto. Tyypin 2 diabetes. Jaksaminen [viitattu 31.8.2014]. Saatavissa: http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_2/jaksaminen

Kaltiala-Heino, R., Poutanen, O. & Välimäki, M. 2001. Sairauden häpeällinen leima. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2001;117(6):563-570. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00080

Kananen, J. 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän yliopistopaino.

Kanerva, E. 2011. Onko elämällä väliä? Jyväskylä: PS-Kustannus.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY Pro Oy.

Kataja, J. 2003. Rentoutuminen ja voimavarat. 2., painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Katajainen, A., Lipponen, K. & Litovaara, A. 2003. Voimavarat käyttöön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kokko, R. 2007. Toiveikkuutta ja voimavaroja dialogisesta verkostotyöstä. Kuntoutus 3/2007, 5 - 23. Saatavissa: http://www.kuntoutusportti.fi/data/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2007/toiveikkuutta_ja.pdf

Korkeila, J. 2008. Stressi, tunteiden säätely ja immunitetti. Psykosomatiikka. Duodecim 2008;124: 683 - 692. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo97123.pdf>

Koski, S. 2010. Diabetesbarometri. Tampere: Suomen diabetesliitto ry. Saatavissa: http://www.diabetes.fi/files/1377/Diabetesbarometri_2010.pdf

Kronholm, E., Ollila, H. & Paunio, T. 2011. Unen yhteys aineenvaihdunnan häiriöihin. Suomen Lääkärilehti 36/2011 vsk 66, 2573 - 2578.

- Laake, J., Stahl, D., Amiel, S., Petrak, F., Sherwood, R., Pickup, J. & Ismail, K. 2014. The Association Between Depressive Symptoms and Systemic Inflammation in People With Type 2 Diabetes: Findings From the South London Diabetes Study. American Diabetes Association. Saatavissa: <http://care.diabetesjournals.org/content/early/2014/05/14/dc13-2522.abstract>
- Leppiniemi, E. & Rönnemaa, T. 2011. Verensokerin omaseuranta. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M. & Sane, T. (toim.) 2011. Diabetes. 7., uudistettu panos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 61 - 62.
- López-Carmona, J., Ariza-Andraca, C., Rodríguez-Moctezuma, J., & Munguía-Miranda C. 2003. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud Publica Mex 2003;45:259 - 268.
- Malinen, B. 2010. Elämää kahlitseva häpeä. Helsinki: Kirjapaja.
- Malinen, B. 2003. Häpeän monet kasvot. 1., painos. Helsinki: Kirjapaja.
- Malinen, B. 2005. Häpeän monet kasvot. 2., painos. Helsinki: Kirjapaja.
- Manneri, T. 2011. Laihdutus voi parantaa uniapnean. Diabetesliitto: Diabetes 2/2011. Saatavissa: http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden_juttuarkisto/diabetes_ja_muut_sairaudet/laihdutus_voi_parantaa_uniapnea_n.2817.news
- Marttila, J. 2011. Diabetekseen liittyvät pelot ja ennakkoluulot. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M. & Sane, T. (toim.) 2011. Diabetes. 7., uudistettu panos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 47 - 48.
- Marttila, J. 2011. Miten kaiken uuden oppii hallitsemaan? Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M. & Sane, T. (toim.) 2011. Diabetes. 7., uudistettu panos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 48 - 49.
- Masennus. 2014a. Masennusinfo. Kognitiivisen toimintakyvyn häiriöt [viitattu 30.6.2014]. Turku: Oy H. Lundbeck Ab. Saatavissa: <http://masennusinfo.fi/ajankohtaista/masennukseen-liittyy-kognitiivisen->

toimintakyvyn-haeirioeidae

Masennus. 2014b. Masennusinfo. Muutokset aivoissa [viitattu 30.6.2014]. Turku: Oy H. Lundbeck Ab. Saatavissa:

http://masennusinfo.fi/ajankohtaista/Masennus_vaikuttaa_aivojen_toimintaan_ja_rakenteeseen

Oivallista palvelua 2014. Oiva peruspalvelukeskus. Oivallista palvelua [viitattu 3.7.2014]. Saatavissa: <http://www.oivappk.fi/>

Peruspalvelukeskus Aava. 2014. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä. Peruspalvelukeskus Aava [viitattu 3.7.2014]. Saatavissa: <http://www.phsotey.fi/sivut/?vy=8010&ryhma=343>

Péres, D., Franco, L. & Santos, M. 2007. Feelings of women after the diagnosis of type 2 diabetes. *Rev Latino - am. Enfermagem* 2008 janeiro-fevereiro; 16(1): 101-108.

Pesonen, T. 2011. Kriisihoidot somaattisen sairauden yhteydessä. *Suomen Lääkärilehti* 22/2011 vsk 66, 1829 - 1834.

Rivas Acuña, V. 2006. Influencia de la preocupación, ansiedad y depresión en la diabetes mellitus tipo 2. Doctoral Thesis. Universidad autonoma de Nuevo Leon. Facultad de enfermería. Saatavissa: <http://eprints.uanl.mx/1832/1/1020154543.PDF>

Robles García, R., Cortázar, J., Sánchez-Sosa, J., Agraz, F. & Sánchez, H. 2002. Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. Universidad Autónoma de México. Departamento de Investigación Instituto Jalisciense de Salud Mental. Saatavissa: <http://www.unioviedo.es/reunido/index.php/PST/article/view/8115/7979>

Rechardt, E. & Ikonen, P. 1994. Häpeä psyykkisen lamaannuksen aiheuttajana. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 1994;110(3):278. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00079

Routasalo, P. & Pitkälä K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Räsänen, J. 2006. Voimaantumisen mahdollistaminen ja ratkaisut. Järvenpää: Julkiviestintä Oy. Suomen työvalmennusakatemia.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 6., uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun yliopisto. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn951425340X/isbn951425340X.pdf>

Simonen, R. 2012. Kuka on diabeteshoitaja? Diabeteshoitajien yhdistys julkaisi nimikkeen kriteerit. Suomen Diabetesliitto. Diabetes ja lääkäri 4/2012, 37 - 39. 41., vuosikerta.

Tipping, C. 2012. Anna itsellesi anteeksi. Helsinki: Basam Books.

Tuorila, H. 2009. Terveyspalvelut ja potilaiden voimaantuminen. Kuluttajatutkimuskeskuksen vuosikirja 2009, 102 - 118. Saatavissa: http://www.kuluttajatutkimuskeskus.fi/files/5403/04_tuorila_terveyspalvelut.pdf

Uniapnea. 2010. Käypä hoito- suositukset. Uniapnea [viitattu 12.5.2014]. Duodecim. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50088.pdf>

Uniapnea, minullako? 2014. ResMed. Espoo: ResMed Finland.

Vehmanen, M. 2007. Hae ajoissa apua masennukseen. Diabetes 4/2007. Suomen diabetesliitto. Saatavissa: http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden_juttuarkisto/motivaatio_ja_jaksaminen/hae_ajoissa_apua_masennukseen.html

Vehmanen, M. 2008. Puhumalla paras. Diabetes 8/2008. Suomen diabetesliitto. Saatavissa: http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden_juttuarkisto/motivaatio_ja_jaksaminen/puhumalla_paras.752.news

Virkamäki, A. 2011. Insuliiniresistenssi ja metabolinen oireyhtymä. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M. & Sane, T. (toim.) 2011. Diabetes. 7., uudistettu panos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 34 - 36.

Voimavaralähtöiset menetelmät. 2014. THL. Työn tueksi. Menetelmät. Voimavaralähtöiset menetelmät [viitattu 30.8.2014]. Saatavissa:

http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/menetelmat/voimavaralahtoiset_menetelmat

LIITTEET

- Liite 1. Taulukko 1. Tiedonkeruu internet- lähteistä
- Liite 2. Taulukko 2. Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä
- Liite 3. Haastateltaville sairaanhoitajille lähetetyt haastattelun teemat
- Liite 4. Lupa haastatteluun

Liite 1

Taulukko 1. Tiedonhaun kuvaus internet- lähteistä

Haun ajankohta / Hakupalvelu, tietokanta	Hakusanat	Valintakriteerit / Poissulkukriteerit	Esimerkkejä valituista tiedonlähteistä
28.2.2014 / Google, Google Scholar	<p>influencia mental en la diabetes tipo 2</p> <p>calidad de vida y la diabetes tipo 2</p> <p>influencia de la preocupación, ansiedad y depresión en la diabetes</p> <p>influye mental de la diabetes tipo 2</p> <p>investigación sobre la diabetes tipo 2 y depression</p>	<p>Valintakriteerit: Enintään 12 vuotta sitten julkaistut, espanjan tai englanninkieliset yliopistotasoiset tutkimukset joissa käsiteltiin erilaisia tunteita ja tyypin 2 diabetesta sairastavien elämänlaatua.</p> <p>Poissulkukriteerit: vain tyypin 2 diabetesta sairastavan elintapoja, tyypin 2 diabeteksen somaattisia vaikutuksia käsittelevät tai vain tyypin 1 diabeetikoita koskevat tutkimukset.</p>	<p>Hervás, Beldarrain, De Miguel, Díez & Zabaleta 2006. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>Péres, Franco, & Santos 2007. Feelings of women after the diagnosis of type 2 diabetes. Rev Latinoam. Feelings of women after the diagnosis of type 2 diabetes.</p> <p>López-Carmona, Ariza-Andraca, Rodríguez-Moctezuma & Munguía-Miranda 2003. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>Robles García, Cortázar, Sánchez-Sosa, Pérez Agraz & Sánchez 2002. Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL.</p> <p>Begiristain, Larrañaga, Mar & Martín 2002. Desigualdades socioeconómicas y de género en la calidad de vida de los pacientes diabéticos.</p>
13.5.2014 / Google / haettu alkuperäislähteet Resmedin julkaisuun (2014) Uniapnea, minulla-	haku tehtiin tutkimusten nimillä	Valintakriteerit: Enintään 10 vuotta sitten julkaistut, englanninkieliset, yliopistotasoiset tutkimukset, joissa käsiteltiin tyypin 2 diabetek-	Austin, Reichmuth, Skatrud & Young 2005. Association of Sleep Apnea and Type II Diabetes.

ko?		<p>sen ja uniongelmien yhteisvaikutusta aineenvaihduntaan ja elämäänlaatuun.</p> <p>Poissulkukriteerit: Vain uniapneaa käsittelevät tai yli 10 vuotta sitten julkaistut tutkimukset.</p>	Calverley, Coughlin, Mawdsley, Mugarza, & Wilding 2004. Obstructive sleep apnoea is independently associated with an increased prevalence of metabolic syndrome.
22.5.2014 / Medic	empowerment / 37 hakutulosta, valittu tutkimus järjestyksessään 34.	<p>Valintakriteerit: suomen tai englanninkieliset yliopistotasoiset tutkimukset, joissa käsiteltiin selkeästi ihmisen voimaantumista. Mukaan kelpuutin myös 10 vuotta vanhemmat tutkimukset.</p> <p>Poissulkukriteerit: Opin- näytetyön aiheen kannalta voimaantumista hyvin eri näkökulmasta käsittelevät tutkimukset.</p>	Siitonen 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua.
22.5.2014 / Medic	<p>sleep apnoea ant diabetes type 2</p> <p>21 hakutulosta, valittu artikkeli järjestyksessään 7.</p>	Valintakriteerit: Enintään 12 vuotta sitten julkaistu, tutkitun tiedon kriteerit täyttävä artikkeli.	Kronholm, Ollila & Paurio 2011. Unen yhteys aineenvaihdunnan häiriöihin.
17.6.2014 / Google Scholar	<p>creencias sobre la diabetes tipo 2</p> <p>valittu tutkimus järjestyksessä 1.</p>	Valintakriteerit: Enintään 12 vuotta sitten julkaistu, tyypin 2 diabetekseen liittyviä ennakkoluuloja tutkiva tutkimus tai sellaisesta kertova tutkimusartikkeli.	Garza Elizondo, Calderón Dimas, Salinas Martínez, Núñez Rocha, Villarreal Ríos 2003. Atribuciones y creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2.

Liite 2

Taulukko 2. Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä

Pelkistetty ilmaisu =>	Muodostunut alakategoria =>	Muodostunut yläkategoria
Sairaus saatetaan kieltää totaalisesti.	kieltäminen	Sairauden ensitiedon aiheuttamat tunteet
Oireettomuuden tunne vahvistaa sairauden kieltämistä.		
Asiakkaat eivät usko sairastumistaan todeksi.	epäusko	
Oireettomuuden tunne vahvistaa epäuskoa sairastumista kohtaan.		
Jos lääkärin käynnin ja ensimmäisen hoitajakäynnin välillä on pidempi aika, aiheuttaa se epäuskoa saatua diagnoosia kohtaan.		
Asiakkaat saattavat olla järkyttyneitä, itkeä, olla lähes shokkitilassa ja voivat kyseenalaistaa elämän jatkumisen.	järkytys	
Sairastuminen saattaa aiheuttaa yleisen epäonnistumisen tunteen.	epäonnistuminen	
Saadessaan tiedon sairastumisestaan asiakkaat saattavat pudota tyhjän päälle ja olla hyvin epätietoisia tulevasta.	kadoksissa olemisen tunne	
Jotkut asiakkaat ovat hyvin välinpitämättömiä diagnosoitua sairautta kohtaan. Taudin vakavuutta saatetaan vähätellä.	välinpitämättömyys juuri todettua sairautta kohtaan	
Saatuaan diagnoosin jotkut asiakkaat helpottuvat tiedosta, koska vointi on ollut pitkään huono ilman selkeää syytä.	helpotus	
Asiakkailla on hyvin suuri hämmennys, koska he eivät ole oirehtineet millään tavalla.	hämmennys	

Liite 3

HAASTATTELUN TEEMAT

Opinnäytetyön tarkoitus:

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa tyypin 2 diabeetikoiden mahdollisia sairauden aiheuttamia voimavaroja vähentäviä tunteita ja kokemuksia.

Opinnäytetyön tavoite:

Tavoitteena on saattaa näiden tunteiden ja kokemusten luonteita yleisellä tasolla hoitohenkilökunnan tietoisuuteen.

Opinnäytetyö ja sen raportti valmistuvat vuoden 2014 loppuun mennessä.

Yhteyshenkilö ja haastattelija:

Terveystieteiden tutkimuskeskus Anna Pyykkönen, puh. 045-8089650

e-mail: anna.pyykkonen@student.lamk.fi

Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus

Aika haastatteluun on lyhyt, joten menemme suoraan tutkittavaan aiheeseen ja jos aikaa jää, käsittelemme aihetta laajemmin.

Kaikki kysymykset koskevat siis asiakkaita, joilla on tyypin 2 diabetes, ajattele näitä asiakkaitasi.

Haastattelussa läpikäytäviä teemoja, joista saat kertoa vapaasti. Jos mieleesi tulee jotain muuta aiheeseen liittyvää, voit kertoa myös siitä. Aloitamme tässä järjestyksessä:

1. Ensitieto sairaudesta, ensimmäinen ohjauskäynti (asiakkaan käyttäytymisen, suhtautuminen uuteen sairauteen)

2. Sairauden aiheuttama mahdollinen häpeä tai salailu

3. Sairauden hyväksyminen, sen kertominen lähipiirille

Mietintään myös käytössä olevien lääkkeiden määrän vaikutus? Keskiarvosokerin vaikutus? Sosioekonomisen aseman vaikutus?

4. Asiakkaiden tuntema syyllisyys sairaudestaan

5. Muiden syyllistäminen?

(omahoito, yhteiskunnan kustannukset, media, lähipiiri, harrastustoiminta, jne....?)

6. Havaitsemiasi muita sairastuneen voimavaroja vähentäviä tunteita

7. Asiakkaan henkisiä voimavaroja lisäävät, elämänlaatua parantavat asiat

8. Voimavarojen pysyvyys/vaihtelevuus

9. Havaitsemasi asiakkaiden tyytyväisyys elämään

10. Asiakkaiden oma tulevaisuuden näkeminen (pelko, huolestuneisuus, toiveisuus...?)

11. Vuorovaikutus vastaanotolla (luontevuus, avoimuus)

LUPA HAASTATTELUUN

- _____ Suostun, että minua haastatellaan ammattikorkeakoulun opinnäytetyöhön liittyen aiheesta **Tyypin 2 diabeetikoiden sairauden aiheuttamat voimavarot vähentävät tunteet ja kokemukset diabeetikoita hoitavien sairaanhoitajien havainnoimina**. Tiedän, että haastattelussa saatavia, antamiani tietoja käytetään vain tähän työhön liittyvään tutkimukseen.
- _____ Suostun haastattelun nauhoittamiseen tähän tutkimuskäyttöön.
- _____ Tiedän, että minulla on oikeus keskeyttää tutkimukseen ja opinnäytetyöhön osallistuminen missä vaiheessa tahansa tätä tutkimus- / opinnäytetyöprosessia.
- _____ Tiedän, että minulla on oikeus saada tarkistaa antamiani tietoja omalta osaltani haastattelun jälkeen, kun nauhoitettu aineisto on liitetty eli siirretty sanasta sanaan paperille ja mahdollisesti tässä vaiheessa myös kieltää aineiston käyttäminen tutkimukseen. Tämä on mahdollista siihen saakka, kunnes aineistosta on tehty sisällönanalyysi. Sisällönanalyysin teon jälkeen yksittäisen haastateltavan antamaa tietoa on vaikea enää erottaa muusta aineistosta.
- _____ Tiedän, että opinnäytetyön tekijä sitoutuu siihen, että haastatteluissa saatava kirjoitettu ja mahdollisesti nauhoitettu aineisto hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön tutkimuksen valmistuttua. Myös tämä paperi hävitetään. Opinnäytetyön raporttiin ei sisällytetä suoria lainauksia haastatteluista.
- _____ Tiedän, että opinnäytetyön tekijä sitoutuu siihen, että aineisto ei missään vaiheessa joudu väärin käsiin tai ulkopuolisille.
- _____ Olen saanut tutustuttavakseni opinnäytetyön suunnitelman sähköpostitse 2 kk ennen haastattelua.

Päiväys

Haastateltavan allekirjoitus

Nimen selvennys
